

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Nationalité</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Téléphone :</b>	<b>[ Adresse mail :</b>
<b>Date d'entrée en France :</b>	
<b>Sécurité sociale :</b> <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> <b>Aide médicale d'état (AME)</b> <input type="checkbox"/>	
<b>PRECISEZ L'OBJET DE VOTRE DEMANDE DE TITRE</b>	
<b>Je sollicite un titre de séjour en qualité de :</b>	
<b>Je soussigné(e) M./Mme.....m'engage à ne pas vivre en France en état de polygamie</b>	
<b>Date</b>	<b>Signature :</b>
<b>ACTIVITE PROFESSIONNELLE</b>	
Exercez-vous une activité professionnelle actuellement ?	
OUI                  NON	
Si non, quelles sont vos sources de revenus ?	
Si oui, précisez laquelle :	
<b>ETAT DE SANTE</b>	
1/ Etes-vous titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle servie par un organisme français ?	
OUI                  NON	
Si oui, quel est votre taux d'incapacité permanent :	
- Etes-vous ayant droit d'un ressortissant étranger, bénéficiaire d'une rente de décès pour accident ou maladie professionnelle versée par un organisme français ?	
OUI                  NON	
2/ Votre état de santé nécessite-t'il des soins médicaux dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?	
OUI                  NON	
Si oui : - bénéficiez-vous d'une prise en charge médicale pour cette pathologie en France ?	
OUI                  NON	
- avez-vous bénéficié d'une prise en charge dans votre pays d'origine ?	
OUI                  NON	
- pouvez-vous bénéficier d'une telle prise en charge dans votre pays ?	
OUI                  NON	
3/ Justifiez-vous de circonstances humanitaires exceptionnelles?	
<b>Craignez-vous pour votre vie ou votre liberté en cas de retour dans votre pays d'origine ?</b>	
<i>(Rayer la mention inutile)</i>	
NON	
OUI ( <i>Expliquer</i> )	
voir au verso	

## SITUATION DE FAMILLE (barrer les mentions inutiles)

Célibataire	Marié (date du mariage)
Divorcé	Veuf
Pacsé (date du PACS)	Concubinage

### Renseignements relatifs au conjoint

numéro de son titre de séjour:

Nom	Prénom	Date de naissance	Pays de naissance	Nationalité	Pays de résidence

### Renseignements relatifs aux enfants

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Pays de naissance	Nationalité	Pays de résidence

### Renseignements relatifs aux autres membres de votre famille

mentionner le degré de parenté (parents, frères ou sœurs...)  
et joindre obligatoirement les copies des pièces d'identité

des membres de votre famille résidents en France

et préciser le pays de résidence de ceux qui résident à l'étranger

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Pays de naissance	Nationalité	Pays de résidence
Père						
Mère						
Frères						
Sœurs						

Date

Signature de l'intéressé(e)

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Nationalité</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Téléphone :</b>	
<b>Date d'entrée en France :</b>	
<b>Sécurité sociale :</b> <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> <b>Aide médicale d'état (AME)</b> <input type="checkbox"/>	
<b>PRECISEZ L'OBJET DE VOTRE DEMANDE DE TITRE</b>	
<b>Je sollicite un titre de séjour en qualité de :</b>	
<b>Je soussigné(e) M./Mme.....m'engage à ne pas vivre en France en état de polygamie</b>	
<b>Date</b>	<b>Signature :</b>
<b>ACTIVITE PROFESSIONNELLE</b>	
Exercez-vous une activité professionnelle actuellement ?	
OUI            NON	
Si non, quelles sont vos sources de revenus ?	
Si oui, précisez laquelle :	
<b>ETAT DE SANTE</b>	
1/ Etes-vous titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle servie par un organisme français ?	
OUI            NON	
Si oui, quel est votre taux d'incapacité permanent :	
- Etes-vous ayant droit d'un ressortissant étranger, bénéficiaire d'une rente de décès pour accident ou maladie professionnelle versée par un organisme français ?	
OUI            NON	
2/ Votre état de santé nécessite-t'il des soins médicaux dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?	
OUI            NON	
Si oui : - bénéficiez-vous d'une prise en charge médicale pour cette pathologie en France ?	
OUI            NON	
- avez-vous bénéficié d'une prise en charge dans votre pays d'origine ?	
OUI            NON	
- pouvez-vous bénéficier d'une telle prise en charge dans votre pays ?	
OUI            NON	
3/ Justifiez-vous de circonstances humanitaires exceptionnelles?	
<b>Craignez-vous pour votre vie ou votre liberté en cas de retour dans votre pays d'origine ?</b>	
<i>(Rayer la mention inutile)</i>	
NON	
OUI ( <i>Expliquer</i> )	

<b>SITUATION DE FAMILLE (barrer les mentions inutiles)</b>						
Célibataire			Marié (date du mariage)			
Divorcé			Veuf			
Pacsé (date du PACS)			Concubinage			
<b>Renseignements relatifs au conjoint</b>						
<b>numéro de son titre de séjour:</b>						
Nom	Prénom	Date de naissance	Pays de naissance	Nationalité	Pays de résidence	
<b>Renseignements relatifs aux enfants</b>						
Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Pays de naissance	Nationalité	Pays de résidence
<b>Renseignements relatifs aux autres membres de votre famille</b>						
<b>mentionner le degré de parenté (parents, frères ou sœurs...)</b> <b>et joindre obligatoirement les copies des pièces d'identité</b> <b>des membres de votre famille résidents en France</b> <b>et préciser le pays de résidence de ceux qui résident à l'étranger</b>						
Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Pays de naissance	Nationalité	Pays de résidence
Père						
Mère						
Frères						
Sœurs						

Date

Signature de l'intéressé(e)