

# QUESTIONNAIRE D'EMBAUCHE

## **ETAT CIVIL :**

NOM D'USAGE : Prénom :  
 Nom de famille : Nationalité :  
 Date de naissance : / / Lieu de naissance :  
 Adresse Mail : N° de portable :  
 N° de Sécurité Sociale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ADRESSE :** N° Rue :  
 Code Postal : VILLE :

## **SITUATION DE FAMILLE :** *Rayer la ou les mentions inutiles*

Célibataire - Concubin(e) - Séparé(e) - Divorcé(e) - Veuf(ve) - Marié(e) – Pacsé(e) (1)

Date de mariage ou de pacs :

## **CONJOINT :**

NOM : Prénom : Date de naissance :  
 Profession : Employeur :

## **ENFANTS A CHARGE :**

NOM	Prénom	Sexe	Date de naissance	Lieu de naissance	A charge fiscale	
					Oui	Non

**DATE D'EMBAUCHE :** / /

Service : En qualité de :

## **PIECES A FOURNIR :**

- Copie du livret de famille (de la carte d'identité pour les célibataires sans enfant)
- 1 relevé d'identité bancaire
- Copie de la carte de Sécurité Sociale
- Copie de la carte d'identité / titre de séjour / passeport
- Copie de vos vaccinations + covid 19
- Copie des diplômes ou équivalents

**MERCI DE RETOURNER VOS DOCUMENTS A L'ADRESSE SUIVANTES :**

**[dir.affaires-medicales@ch-stjunien.fr](mailto:dir.affaires-medicales@ch-stjunien.fr)**