

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ETUDIANT(E)			
NOM : _____	Prénom(s) : _____ / _____ / _____		
Né(e) le : .... / .... / .....	Lieu de naissance (Ville et Préfecture) : _____		
Nationalité : _____	CIN : _____		
Adresse : _____			
Code postal : _____	Ville : _____		
FAMILLE			
ère	NOM : _____	Prénom : _____	
Profession : _____			
Adresse : _____		(si différente de celle de l'élève)	
Code postal : _____	Ville : _____		
Téléphone domicile : _____	_____	Téléphone portable : _____	_____
Téléphone travail : _____	_____	Numéro de poste : _____	
Courriel : _____		@ _____	
ère	Nom de jeune fille: _____	Prénom : _____	
Profession : _____			
Adresse : _____		(si différente de celle de l'étudiant)	
Code postal : _____	Ville : _____		
Téléphone domicile : _____	_____	Tél. portable : _____	_____
Téléphone travail : _____	_____	Numéro de poste : _____	
Courriel (e-mail): _____		@ _____	
ASSURANCE DE L'ETUDIANT(E)			

**Campus Rabat:** Madinat Al Irfane, B.P. 6202. Rabat – Maroc  
Tél : (+212) 0537 77 17 58/59; Fax : (+212) 0537 77 58 45; Site Site  
web : <http://www.iav.ac.ma>

**Campus Agadir:** B.P. 18/S, Agadir, ou B.P. 121 Ait Melloul  
Tél : (+212) 05 28 24 01 55/24 10 06; Fax : (+212) 05 28 24 22 43; Site  
web : <http://www.iav.ac.ma>

**مركز الرباط:** ص.ب. 6202 الرباط المعاهد الرباط – المغرب  
الهاتف: 0537 77 58 / 59 (212+) الفاكس: 0537 77 58 45 (212+)  
موقع الإنترنت: <http://www.iav.ac.ma>

**مركز أكادير:** ص.ب. 18/ أكادير أو ص.ب. 121 أيت ملول  
الهاتف: 05 28 24 01 55/24 10 06 (212+); الفاكس: 05 28 24 22 43 (212+)  
موقع الإنترنت: <http://www.iav.ac.ma>



N° \_\_\_\_\_  
Rabat, le

رقم \_\_\_\_\_  
الرباط، في

Responsabilité civile :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Individuelle Accident :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Couverture médicale :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Mutuelle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Compagnie d'assurance:	_____	Numéro de police d'assurance :	_____

J'autorise l'Institut Agronomique et Vétérinaire Hassan II à publier sous toutes formes de support toutes images ou Vidéo prises dans le cadre de ses des besoins de promotion.

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : \_\_\_\_\_ Signature de l'étudiant(e): \_\_\_\_\_ Signature du représentant légal (si mineur(e)): \_\_\_\_\_

