

## Coup de pouce santé - Attestation sur l'honneur

Je, soussigné.e :

Votre état civil :

N° identifiant / étudiant : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Madame    Monsieur

Nom : .....Prénom : .....

Né(e) le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| à .....

Atteste ne pas avoir contracté de contrat de complémentaire santé me permettant de bénéficier de remboursement sur les soins médicaux pour la part des frais médicaux non obligatoire.

En signant cette attestation sur l'honneur, je reconnais avoir pris connaissance que toute fausse déclaration est passible d'emprisonnement et d'une amende conformément aux articles L.441-1 à L441-12 du code pénal .

(Ville)....., le ...../...../.....

**Signature**

**Attention** : pour être recevable, votre dossier doit être envoyé depuis votre adresse mel institutionnelle, accessible depuis votre espace ENT, et qui se présente sous la forme :  
**prenom.nom@etu.univ-tlse2.fr**