



NOM / Prénom :.....  
Adresse :.....  
.....  
.....  
Tél :.....  
Email :.....

Nouvelle-Calédonie  
-----  
Assemblée de la  
Province Nord  
-----  
B.P. 41 – 98860 – KONÉ  
-----  
Téléphone : 47-71-00  
Télécopie : 47-24-75

A  
Monsieur le Directeur  
Des Affaires Sanitaires et Sociale  
Et des Problèmes de Société de la Province Nord

**Objet** : Demande d'affiliation au régime d'assurance maladie-maternité des étudiants.  
**P.J** : 3

Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance mon affiliation au régime d'assurance maladie-maternité des étudiants de la Nouvelle Calédonie pour l'année 2...., devant poursuivre mes études de .....  
À .....

Je joins à ma demande les documents nécessaires à l'instruction de mon dossier :

- **les copies de mes couvertures sociales de l'année en cours,**
- **une attestation de résidence,**
- **un extrait d'acte de naissance ou la copie de la pièce d'identité.**

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à .....  
Le.....

**Signature :**