

statut	AES VFP	<input type="radio"/>
	AES Jeune Majeur	<input type="radio"/>
	AES SALARIE	<input type="radio"/>
Sans statut défini	APS Master	<input type="radio"/>

Questionnaire

DEMANDE DE DELIVRANCE D'UN PREMIER TITRE DE SEJOUR

Attention : ce document ne vous concerne pas si vous êtes actuellement titulaire d'un titre de séjour (ou d'un VLSTS)

Votre état civil

monsieur madame **Tous les renseignements demandés doivent être complétés**

Nom :

Prénom :

Si vous êtes mariée, nom d'épouse :

Date de naissance :

Jour :

Mois :

Année :

Lieu de naissance

Pays

Nationalité :

La présentation de votre passeport en cours de validité sera impérative au dépôt de votre dossier

Vos coordonnées

Veillez indiquer ici les coordonnées permettant de vous contacter

Adresse actuelle

Code postal :

Commune :

Si vous êtes hébergé indiquer le nom et le prénom de votre herbergeur (ou si vous résidez dans un hotel ou un foyer : le nom du foyer et le n° du logement)

Adresse mail :

@

N° de votre téléphone portable :

Votre situation familiale actuelle

Veillez compléter l'ensemble des renseignements demandés

Célibataire Concubin(e) Marié(e) Pacsé(e) Veuf/veuve Divorcé(e) Séparé(e)

Nationalité du conjoint :

Etes-vous marié sous le régime de la polygamie ? oui non

Date du mariage ou du PACS ou du certificat de concubinage

Votre conjoint habite-t-il en France ? oui non

Si oui, est-il en situation régulière ? oui non

Votre conjoint est-il titulaire d'un titre de séjour ? oui non Si oui, n° du titre :

Votre entrée en France

Veuillez compléter l'ensemble des renseignements demandés

Date d'entrée en France :

sans visa avec visa D (long séjour) avec visa C

Si vous êtes entré(e) avec un visa, indiquer ses dates de validité : du _____ au _____

Avez vous déjà obtenu un récépissé, une carte de séjour, une autorisation provisoire de séjour ? oui non

Si oui, veuillez indiquer le numero de ce titre (ce numéro comporte 10 chiffres) : _____

Votre situation administrative

Veuillez cocher la case : oui, si la question correspond à votre situation

Etes-vous entré en France avant l'age de 13 ans ?

si vous êtes Algérien ou Tunisien, êtes vous entré en France avant l'âge de 10 ans ?

oui non

Votre état de santé nécessite-il une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si votre pays d'origine est dépourvu des structures médicales adaptées

oui non

Etes-vous né en France et résident sur le territoire français de manière continue (sans quitter le territoire pour une longue durée) depuis au moins 8 ans.

oui non

Etes-vous entré en France avec la procédure de regroupement Familial pour rejoindre vos parents déjà présents sur le territoire ?

oui non

Etes-vous marié(e) ou pacsé(e) avec un ressortissant de nationalité Française avec lequel vous pouvez justifier d'une communauté de vie effective ?

oui non

Etes-vous marié(e) avec un ressortissant Européen (non Français) avec lequel vous pouvez justifier d'une communauté de vie effective ?

oui non

Etes-vous marié(e) avec un ressortissant Etranger en situation régulière (hors Européen) avec lequel vous pouvez justifier d'une communauté de vie effective de 18 mois ?

oui non

Avez-vous un(des) enfant(s) mineur(s) à charge de nationalité Française (Cet enfant doit avoir un parent Français ou suivi la procédure d'acquisition de la nationalité Française)

oui non

Pouvez-vous justifier de 10 ans de présence continue sur le territoire Français ?

oui non

Etes-vous confié(e) à l'aide sociale à l'enfance (A.S.E)

oui non

Votre activité en France

Veuillez indiquer votre activité actuelle et l'historique de votre activité ou de vos études

Etudiant **APS Master** Chômage Retraité Militaire Artiste Au pair **Sans activité**

Si vous êtes salarié veuillez compléter ces informations

Type d'activité : CDD CDI Interim Temps partiel Emploi à domicile Stagiaire

Disposez vous actuellement : d'un contrat de travail d'une promesse d'embauche

Employeur : _____

Adresse : _____

Période
(année emploi ou année scolaire)

Activité ou Etudes
(emploi occupé ou études suivies)

Etablissement
(Employeur ou établissement scolaire)

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Vos parents

	Nom	Prénom	Nationalité	Pays de résidence	A cocher en cas de décès
Père					<input type="checkbox"/>
Mère					<input type="checkbox"/>

Vos enfants

(indiquer tous vos enfants nés en France et à l'étranger)

Age	Nom	Prénom	Nationalité	Pays de résidence	A cocher en cas de décès
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

Cochez cette case si vous avez plus de 10 enfants

Vos frères et soeurs

(indiquez tous vos frères et soeurs résidant en France et à l'étranger)

Age	Nom	Prénom	Nationalité	Pays de résidence	A cocher en cas de décès
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

Prise en charge financière

Prenez vous en charge un membre de votre famille ?

oui non

Etes-vous pris en charge par un membre de votre famille ?

oui non

Je certifie que l'ensemble des renseignements indiqués
sont conformes à ma situation actuelle

Fait à versailles, le

signature :