



PARTIE A	DEMANDE DE REPORT SUPPLÉMENTAIRE D'INCORPORATION pour études supérieures ou formation professionnelle (article L. 5 bis du code du service national)	RENVIS (texte au verso)
-------------	--	-------------------------------

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR																				
NOM du demandeur : _____	(1)																			
Prénoms : _____																				
Né le ____/____/____ à _____																				
Adresse : _____ _____	(2)																			
Identifiant défense : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				(3)

Demande :	
un report supplémentaire d'incorporation jusqu'à 23 ans <input type="checkbox"/>	
un maintien en report supplémentaire d'incorporation jusqu'à _____ 24 ans <input type="checkbox"/>	
_____ 25 ans <input type="checkbox"/>	
_____ 26 ans <input type="checkbox"/>	
Motif de la demande { études supérieures <input type="checkbox"/>	
{ formation professionnelle <input type="checkbox"/>	
<u>Nota.</u> Votre report ne peut vous être accordé que par <i>année reconductible</i>. Votre attestation d'inscription (partie B) ou justificatif doit parvenir <i>impérativement</i> au BSN ou CSN avant le 1^{er} décembre de cette année. A défaut, votre incorporation interviendra au plus près de cette date.	

A _____, le ____/____/____ (Signature).	
Voir modalités de transmission de la demande au renvoi :	(4)



PARTIE B	ATTESTATION D'INSCRIPTION en vue d'obtenir un report supplémentaire d'incorporation (8) (à adresser <u>impérativement</u> avant le 1 ^{er} décembre)	RENVIS (texte au verso)
-------------	--	-------------------------------

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR																				
NOM du demandeur : _____	(1)																			
Prénoms : _____																				
Né le ____/____/____ à _____																				
Adresse : _____ _____	(2)																			
Identifiant défense : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				(3)

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT	
Cet établissement permet l'affiliation des étudiants à la sécurité sociale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	(5)
Le chef d'établissement atteste :	
* que le demandeur est inscrit dans son établissement en vue de suivre, pour l'année ____/____ <input type="checkbox"/> des études supérieures. Nature et niveau des études suivies (en toutes lettres) _____	
<input type="checkbox"/> une formation professionnelle. Formation suivie : _____ Diplôme préparé : _____	
* que la présente année d'enseignement ou de formation doit se terminer le ____/____/____	(6)
A _____, le ____/____/____ (Signature du chef d'établissement et cachet).	(7)

Cadre réservé au BSN ou CSN
Décision du Cdt du BSN ou CSN :