UNIVERSITE PARIS-SACLAY

CESFO Avenue de Lattre de Tassigny

Bât.304 91405 ORSAY

Postes : 565 89/ 545 53

**ATTESTATION POUR L’OBTENTION D’UN BADGE**

**DE RESTAURANT 2023/2024**

 Badge N°……………………

**A remplir par le laboratoire ou service d’accueil**

Renseignements concernant l’intéressé.e

Nom : ……………………………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………………………

Organisme payeur (\*) : …………………………………………………… Profession : ……………………………………………………………….

Indice : ……………………………………………………………………………. Montant de la bourse : ………………………………………………

Sal. Brut ou vacation : …………………………………………………….. (L’étudiant doit obligatoirement joindre la

(joindre la photocopie du bulletin de salaire, bourse, etc…) photocopie de sa carte d’identité

A QUELLE CATEGORIE APPARTIENT LE DEMANDEUR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Personnels permanents, vacataires (autres qu’étudiants) payés par les organismes signataires de la convention. (\*) |  | Etudiants de doctorat post DEA inscrits à l’UPS, dans une autre Université ou grande école. |  |
| Personnels rémunérés et/ou exerçant leurs activités dans le cadre de contrats de recherche gérés par l’un des établissements du Campus. |  | Chercheurs ou enseignants payés par un organisme public français (autres que ceux visés au point 1) travaillant dans un laboratoire du Campus. |  |
| Retraités des organismes signataires de la convention ayant travaillés sur le campus. |  | Chercheurs ou enseignants payés par leur pays d’origine ou par un organisme non signataire de la convention. |  |
| Chercheurs bénévoles, sous réserve de justification. |  | Stagiaires venant de lycées ou d’IUT, objecteurs de conscience, bénéficiaires de contrats emploi-solidarité, militaires du contingent. |  |
| Personnels d’entreprises extérieurs ou de sociétés d’intérim, sous réserve de justification. |  |  |  |

🗆 **CPO** 🗆 **SORBONNE** 🗆 **INSTITUT CURIE** 🗆 **IOTA** 🗆 **INSERM** 🗆 **INRAE** 🗆 **INRIA** 🗆 **AUTRE**

Pour une période déterminée : du ……………………………………………………. au ………………………………………………………………………………………

Nom du laboratoire ou du service ………………………………………………………… N° du bâtiment ………………………………………………………………

N° de téléphone …………………………………….. Je soussignée M…………………………………………………………………………………………………………….

Directeur du laboratoire ou service …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Certifie que M………………………………. travaille dans mon laboratoire ou service à compter du …………………………………………………………

Cachet du laboratoire ou service Nom du Directeur du laboratoire ou service

Orsay le ……………………………………. Signature