**HOSPICES CIVILS DE LYON**
***Direction des Affaires Médicales***
**……..**

# ETUDIANT EN MEDECINE MILITAIRE (SANTAR) 2025/2026

**N° D'ETUDIANT obligatoire……..……**

**FACULTE : LYON**……

Nom : ……
Prénom*(s)* : ……
Nom d'épouse : ……..
Date et lieu de naissance : ……..……
*-(s'il y a lieu, préciser l'arrondissement)*
Nationalité : …….....
***(pour toute personne de nationalité étrangère, fournir une photocopie de votre titre de séjour)***
Numéro de sécurité sociale - /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…../…../…./…./…./…./…./

Adresse personnelle **obligatoire**

N° RUE : ……..
RUE : ……..……..
CODE POSTAL : ……
VILLE : ……...…
TELEPHONE : …….....Email : ……..……..…..

Adresse des parents

N° RUE : ……
RUE : ……
CODE POSTAL : ……...
VILLE : ……..
TELEPHONE : ……...

**A joindre à la fiche de renseignements les documents ci -contre agrafés :**

- **un relevé d'identité bancaire ou postal**
- **une photocopie de votre Carte Vitale**
- **une photocopie de votre carte d'identité, passeport ou livret de famille**

*Il vous appartient de nous faire parvenir ces documents avant le* ***15 JUIN 2025***
***SIGNATURE :***

NB :Tout changement éventuel d'adresse, ou toute modification survenant ultérieurement dans votre situation devront être signaler à :
La DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES, ***3 Quai des Célestins BP 2551 69229 LYON Cedex 02***

***Vos correspondants DAM :***
***A/COR ./ . SOTO Elsa ☎ 04 72 40 73 77 / Mail :*** elsa.soto@chu-***lyon***.fr
***CORNI/HG ./ .TCHAPNOU Rosalie ☎ 04 72 40 73 78 / Mail :*** rosalie.tchapnou@chu-lyon.fr
***HI/PAP ./. ☎- 04 72 40 73 20 / Mail : (vous sera transmis ultérieurement)***
***PAQ/Z / ZEIN-EDDINE Lena ☎ 04 72 40 73 76 / Mail : lena.zein-eddine@chu-lyon.fr***

de 8h30-12h00 et de 13h30-16h30 du lundi au vendredi

**POUR TOUT DOSSIER INCOMPLET OU NON RETOURNE, NOUS NE SERONS PAS EN MESURE D'ASSURER VOTRE REMUNERATION D'ETUDIANT HOSPITALIER A LA RENTREE UNIVERSITAIRE 2023-2024**