

HOSPICES CIVILS DE LYON

Direction des Affaires Médicales

.....

ETUDIANT EN MEDECINE FACULTE LYON EST 2026/2027
--

N° D'ETUDIANT obligatoire.....

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 **12 juin 2026**

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 : jeanne.oddoux@chu-lyon.fr

PAQ/Z / ZEIN-EDDINE Lena ☎ 04 72 40 73 76 / Mail : lana.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**