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

ETUDIANT EN MEDECINE FACULTE LYON EST 2024/2025

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 ***14 juin 2024***
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***

Mail : DAM_INTERNAT@chu-lyon.fr

☎ ***A/DON./. 04 72 40 73 77***
DOO/MA ./. -04 72 40 73 78
MB/Z ../.. - 04 72 40 73 76
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