



HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales

.....

ETUDIANT EN MEDECINE MILITAIRE (SANTAR) 2024/2025

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 **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 2023-2024