

DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES
Gestion des Étudiants Hospitaliers

D.SOUCHE, Gestionnaire administratif Hospitalier

C. DUMAS, Gestionnaire administratif Hospitalier

☎ 04 73 754 807

☎ 04 73 751 191

dam-etudiants@chu-clermontferrand.fr

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

NOM et Prénom :

Étudiant hospitalier médecine :

Étudiant hospitalier odontologie :

Préciser année.....

Préciser année.....

Étudiant hospitalier 5ème année pharmacie :

Service :

CONGÉ ANNUEL SOLLICITÉ

Nombre de jours :

Date du 1^{er} jour d'absence :

Date de reprise le :

L/M/M/J/V
 Samedi

MOTIF :

Congé Annuel :

Récupération (préciser la ou les dates des gardes récupérées) :

Congés exceptionnels (événements familiaux : joindre un justificatif) :

NOM DU REMPLAÇANT dans le service :
(Doit obligatoirement figurer sur cette demande)

*il vous appartient également de solliciter un changement de garde après avoir trouvé un remplaçant sur le
tableau de garde, au plus tard, 10 jours avant le commencement de celle-ci.*

Clermont-Ferrand, le
Signature de l'étudiant :

Avis du Responsable de Service

FAVORABLE

DÉFAVORABLE

Motif en cas de refus :

Date :

Signature :

CADRE RÉSERVÉ À LA DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES

Demande parvenue le :