



# CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

DEPARTEMENT RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

Bureau n° 17 – Secteur ETUDIANTS  
Tél. : 33 (0)3 83 85 11 71  
E-mail : [DAM.etudiants@chru-nancy.fr](mailto:DAM.etudiants@chru-nancy.fr)

## DEMANDE DE CONGES ANNUELS ET EXCEPTIONNELS Etudiants Hospitaliers en Médecine, Pharmacie et Odontologie

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

N° matricule (Situé en haut à droite du bulletin de salaire) : \_\_\_\_\_

Etudiant :  Médecine  Odontologie  Pharmacie

Année d'études :  FASM1 / FASO 1  FASM2 / FASP2 / FASO2  FASM3 / T1

Service : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

**Congés annuels sollicités** : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_ Inclus

Date de reprise \_\_\_\_\_

Soit \_\_\_\_\_ jours (**le samedi étant compté comme jour ouvrable**)

**Congés exceptionnels sollicités** (Mariage, décès, naissance), joindre obligatoirement un justificatif avec la demande :

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_ Inclus

Date de reprise \_\_\_\_\_

Soit \_\_\_\_\_ jours (**le samedi étant compté comme jour ouvrable**)

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature

### **N.B.**

**Les demandes de congés doivent être adressées à la Direction des Affaires Médicales  
15 jours au moins avant la date de départ sauf cas de force majeure justifiée.**

### Avis du Chef de Service

FAVORABLE

DEFAVORABLE

Motif : \_\_\_\_\_

Cachet et Signature :