



Affaire suivie par:

Mme CONVERT Marie-Anne

04.72.40.73.72 (30.73.72)

e-mail: marie-anne.convert@chu-lyon.fr

**DEMANDE DE PARTICIPATION AUX GARDES ET ASTREINTES AUX H.C.L
(Internes affectés en stage hors HCL)**

NOMS :

Prénoms :

Adresse :

Téléphone :

e-mail :

Interne en Médecine ou Pharmacie

(Rayer la mention inutile)

Affecté(e) Hors HCL durant le semestre **du** **au** **inclus**

- Etablissement privé
- Etablissement public
- Stage industriel
- Année recherche

(Rayer les mentions inutiles)

En disponibilité *(Rayer la mention inutile)*

- Etudes et Recherches
- Stage de formation

Demande à effectuer des gardes ou astreintes sur le tour N°:.....

Intitulé :

Responsable du tour :

Signature de l'interne :

*Vous devrez impérativement fournir à la Direction des Affaires Médicales cette fiche accompagnée des pièces suivantes **avant votre prise de fonctions et toute inscription sur le tour :***

- Accord du Chef de service responsable de la garde aux H.C.L) « Annexe 1 »
- Accord du Chef de service responsable de votre stage « Annexe 2 »

TOUTES CES PIECES SONT NECESSAIRES POUR L'ETABLISSEMENT D'UNE CONVENTION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DU REPOS DE SECURITE.

AUCUNE GARDE NE POURRA ETRE REMUNEREE SANS L'ETABLISSEMENT D'UNE CONVENTION.

HOSPICES CIVILS DE LYON

**Direction des affaires médicales – Bureau de l'Internat – Mme Céline PETREQUIN
3 quai des célestins – BP 2251 LYON R.P- 69229 LYON cedex 02**



Affaire suivie par: Mme CONVERT Marie-Anne
04.72.40.73.72 (30.73.72)
e-mail: marie-anne.convert@chu-lyon.fr

Annexe 1

A T T E S T A T I O N

(A remplir par le Chef de Service responsable du tour de garde)

Je soussigné : (NOM – Prénom - Qualité)

Autorise :

Interne en Pharmacie ou en Médecine de l'inter-région Rhône-Alpes,

Pour la période : Semestre **du** _____ **au** _____ **inclus**

A effectuer des gardes sur le tour n° : _____ dans le Service de (Nom du chef de service) :

- La semaine de 18h 30 à 8 h 30 le lendemain matin qui seront suivies d'un repos de sécurité de onze heures.
- Les samedis de 13h30 à 8h30 le lendemain matin qui seront suivies d'un repos de sécurité de onze heures
- Les dimanches ou jours fériés (de 8h 30 à 8h 30 le lendemain matin qui seront suivies d'un repos de sécurité de onze heures).
- Autres propositions :

Observations éventuelles

Date :

Signature du Responsable de la garde :

Cette autorisation est nécessaire en vue de l'établissement d'une convention et de la mise en œuvre du repos de sécurité (Prévue par l'arrêté du 10 septembre 2002).

Attestation à retourner à l'adresse suivante : marie-anne.convert@chu-lyon.fr



Affaire suivie par: Mme CONVERT Marie-Anne
04.72.40.73.72 (30.73.72)
e-mail: marie-anne.convert@chu-lyon.fr

Annexe 2

ATTESTATION

(A Remplir par votre chef de service de votre lieu d'affectation)

Je soussigné : (NOM – Prénom - Qualité)

Autorise :

Interne en Pharmacie ou en Médecine de l'inter-région Rhône-Alpes,

Pour la période : Semestre **du** _____ **au** _____ **inclus**

A effectuer des gardes sur le tour **N°** : _____ **service de :**
Nom du Chef de service : _____

- Du **lundi** au **jeudi** de 18h 30 à 8 h 30 le lendemain matin qui seront suivies d'un repos de sécurité de onze heures.
- Les **vendredis soirs** de 18h 30 à 8 h 30 le lendemain matin qui seront suivies d'un repos de sécurité de onze heures.
- Les **samedis** de 13h30 à 8h30 le lendemain matin qui seront suivies d'un repos de sécurité.
- Les **dimanches** ou **jours fériés** de 8h 30 à 8h 30 le lendemain matin qui seront suivies d'un repos de sécurité de onze heures.
- Autres propositions

Observations éventuelles :

Date :

Signature du Responsable du stage :

Cette autorisation est nécessaire en vue de l'établissement d'une convention et de la mise en œuvre du repos de sécurité (Prévue par l'arrêté du 10 septembre 2002).

Attestation à retourner à l'adresse suivante : marie-anne.convert@chu-lyon.fr

