

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE BREST

2. avenue Foch – 29609 Brest Cedex

Direction des Affaires Médicales

Dossier suivi par Annie CARIOU-BISIERE – DAM – Tél : 02 29 02 00 60 – [annie.cariou@chu-brest.fr](mailto:annie.cariou@chu-brest.fr)

Etudiants hospitaliers en Médecine

DEMANDE DE VERSEMENT DE :

L'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT

L'INDEMNITE FORFAITAIRE D'HEBERGEMENT

Je, soussigné(e), (nom et prénom) :

.....  
.....

Etudiant hospitalier en (préciser année) :

.....

Demeurant (adresse de résidence pendant la durée du stage) :

.....  
.....  
.....

Inscrit(e) à l'Unité de Formation et de Recherche de Brest, demande au CHRU de Brest de pouvoir bénéficier de :

- L'indemnité forfaitaire de transport** conformément à l'arrêté du 11 mars 2014, fixant le montant de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers accomplissant un stage situé à une distance de plus de 15 kilomètres, tant du CHRU de Brest que de leur lieu de résidence
- L'indemnité forfaitaire d'hébergement** conformément à l'arrêté du 09 octobre 2020, fixant le montant de l'indemnité forfaitaire d'hébergement pour les étudiants hospitaliers accomplissant un stage ambulatoire dans une zone caractérisée de la région Bretagne par une offre de soins médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

**Je fournis une attestation sur l'honneur par laquelle je certifie supporter la charge d'un logement à titre onéreux**

A ce titre, je vous précise les dates et lieux de stage, donnant droit à cette indemnité :

Lieu du stage

.....  
..... (établissement / cabinet)

Adresse exacte

.....  
.....

Période allant du

..... au .....

Stage effectué : A temps partiel  A temps plein

J'atteste, par la présente, ne bénéficier d'aucune aide (totale ou partielle) d'une autre structure ou collectivité publique :

de frais de transport pendant mon stage

de frais d'hébergement pendant mon stage

Fait le ..... à

.....

<p><u>Date :</u> <u>Signature de l'étudiant :</u></p>	<p><u>Date :</u> <u>Cachet et signature du Praticien Maître de stage :</u></p>
---	--

**Merci de retourner ce formulaire (avec l'attestation sur l'honneur pour l'indemnité d'hébergement)  
à la Direction des Affaires Médicales du CHRU de Brest**