



CDB/SL

**DEMANDE D'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT
DESTINEE AUX ETUDIANTS HOSPITALIERS**

NOM :

PRENOM :

Année d'études :

Demande au Chu de Poitiers le versement de l'indemnité forfaitaire de transport conformément à l'arrêté du 11 mars 2014.

Adresse personnelle

(joindre impérativement un justificatif de domicile)

.....

.....

.....

Lieu de stage (coordonnées précises) :

(Joindre une copie de la convention de stage)

.....

.....

.....

Dates du stage : du.....au.....inclus

Commentaire :

.....

Cachet et signature du maître de stage :
(obligatoire)

J'atteste, par la présente, ne percevoir aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport pendant la durée de ce stage.

Date :

Signature de l'intéressé(e) :

A RETOURNER A :
Direction des Affaires Médicales
CHU de Poitiers
2 rue de la Milétrie
CS90577
86021 POITIERS Cedex