

Du lundi au vendredi : 8h00 – 12h00 / 13h00 – 17h00

Votre gestionnaire RH :

Mme Annick GRANADOS-BARNEOUD - Tél : 04 76 76 95 19
DAMjuniors@chu-grenoble.fr

**FICHE SIGNALÉTIQUE
ÉTUDIANT**

Merci de compléter en majuscules et nous le renvoyer à DAMjuniors@chu-grenoble.fr avec les pièces jointes demandés
AU PLUS TARD LE : 01 JUIN 2025

MÉDECINE PHARMACIE MAÏËUTIQUE **SI ERASMUS :** Date de départ :
Date de retour :

ÉTAT CIVIL

Mme Mlle M Date de naissance :
NOM d'usage : Lieu de naissance :
Prénom : Département :
NOM de naissance (si différent) : (ou Pays)
Nationalité :
N° de Sécurité Sociale : Clé :

(Pour les étrangers, date d'entrée en France) : _____

ADRESSE - CONTACT

Adresse : N°
Voie :
Code Postal : Commune :
Téléphone(s) :
Mail :

SITUATION FAMILIALE et CONJOINT(E)

Situation familiale : Célibataire Divorcé(e) Concubinage Marié(e) Pacsé(e)
justificatif depuis lefournir un

Si conjoint(e)

NOM :
Prénom :

Date de naissance :

Votre conjoint(e) travaille-t-il/elle au C.H.U. de Grenoble : OUI NON

ENFANTS A CHARGE *			
Date de Naissance	NOM	Prénom	Sexe

***Joindre une copie du livret de famille**

Avez-vous déjà travaillé au CHU **EN ETANT REMUNERE** (exemple : aide-soignant ou autre) : OUI - NON

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements.

Le Signature :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- une photocopie de la carte d'identité ou du passeport
- une photocopie de la carte de Sécurité Sociale ou de l'attestation
- un RIB (Relevé d'Identité Bancaire AVEC LOGO) à jour
- une photocopie des certificats de vaccination à jour (DT POLIO - HEPATITE B)

IMPORTANT :

→ Vos fiches de paie sont digitalisées via le service DIGIPOSTE, vous recevrez sur votre mail du CHU le lien d'activation pour votre compte.

Si vous êtes en stage à l'extérieur du CHUGA , merci de nous envoyer votre mail universitaire afin de vous adresser le lien.

→ PENSEZ A SIGNER VOS GARDES : (1) pour le paiement – (2) pour validation de votre cursus

→ SIGNALER TOUT CHANGEMENT de situation personnelle : adresse, situation familiale, RIB



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES – Pavillon Dauphiné
CS 10217 – 38043 GRENOBLE CEDEX 9

**Note à l'attention des étudiants hospitaliers en médecine
2025/ 2026**

L'étudiant hospitalier exécute les tâches qui lui sont assignées par le Chef de service. Il est notamment chargé des observations et des dossiers médicaux. Il est tenu de valider 36 mois de stages.

L'étudiant hospitalier assure un service hospitalier et est astreint à 5 demi-journées de travail par semaine (instruction n° DGOS/RH4/2014/340).

Chaque année, le Représentant officiel des Etudiants Hospitaliers auprès de l'Administration, devra se signaler à la Direction des Affaires Médicales.

Gestion par **Mme GRANADOS-BARNEOUD Annick** (tél 04 76 76 95 19 – Agranadosbarneoud@chu-grenoble.fr) présente les :
lundi-mardi-jeudi-vendredi, de 08h à 12h et de 13h à 15h50.

➤ **REMUNERATION** :

L'étudiant est :

- . salarié du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES,
- . rémunéré mensuellement, suivant le taux fixé par la réglementation en vigueur

- D2/ FASM 1 : 273,14 € brut (charges et cotisations salariales non déduites),
- D3/ FASM 2 : 376,17 € brut (charges et cotisations salariales non déduites),
- D4/ FASM 3 : 409.705 € brut (charges et cotisations salariales non déduites),

➤ **ABSENCES** :

- *Accident du Travail ou Accident d'Exposition au Sang (AES) :*

L'étudiant doit se présenter à la Direction des Affaires Médicales, dans les 48h, pour établir une déclaration d'AT, muni d'un certificat médical et d'une déclaration des circonstances de l'accident.

- *Maladie :*

L'étudiant doit faire parvenir à la Direction des Affaires Médicales, dans les 48h, l'avis d'arrêt de travail ou, le cas échéant, l'avis de prolongation d'arrêt de travail, établi et signé par le Médecin traitant et, éventuellement, le bulletin d'hospitalisation.

- *PACS-Mariage :*

L'étudiant doit informer la Direction des Affaires Médicales et transmettre un justificatif de son changement de statut matrimonial et sa demande de congés PACS-Mariage.

- *Maternité ou Paternité ou naissance :*

L'étudiant doit informer la Direction des Affaires Médicales et transmettre un extrait d'acte de naissance pour la mise à jour du dossier administratif.

➤ **INDEMNITE TRANSPORT (trajet de plus de 15km) :**

Le décret n° 2014-319 du 11 mars 2014 porte création d'une indemnité forfaitaire de transport pour l'étudiant accomplissant un stage en dehors de son centre hospitalier universitaire de rattachement. Cela à condition que le stage soit réalisé à une distance supérieure à 15 km de l'Université Grenoble Alpes ou du domicile.

Le montant de la prime est fixé à 130 euros brut mensuel (mois complet).

Cette prime ne peut être cumulée avec le remboursement des trajets domicile / CHUGA. L'étudiant doit faire la demande auprès de la Direction des Affaires Médicales.

➤ **REMBOURSEMENT DES TRANSPORTS TRAVAIL-DOMICILE (PDE) :**

Uniquement les trajets travail-domicile et uniquement les organismes suivants : METROVELO-TAG-TRANSISERE-SNCF, TCL, sur justificatifs.

➤ **SECURITE SOCIALE – CHANGEMENT DE REGIME :**

Prise en charge maladie / démarche pour vous rattacher à l'Assurance Maladie de l'Isère

En tant qu'étudiant(e) salarié(e) rattaché(e) à la fac de Grenoble, vous avez la possibilité de demander votre rattachement à la CPAM de l'Isère, caisse dont vous dépendez pour votre prise en charge maladie.

Cette démarche s'effectue en ligne sur le site de la CPAM et s'appelle « demande de mutation ». Elle nécessite donc la création d'un compte en ligne.

Pour information, vous n'avez pas de contrat de travail et vous dépendez du régime général (= pas salarié de la fonction publique)

Nous vous conseillons de joindre à votre demande, votre 1^e bulletin de salaire comme justificatif.

Vous avez également la possibilité de contracter une mutuelle auprès de l'organisme de votre choix, si vous souhaitez des prises en charge supplémentaires.

➤ **DIVERS :**

En cas de défaillance non motivée, l'étudiant pourra être suspendu de ses fonctions pendant une durée de 15 jours avec suppression de la rémunération, et traduit devant son Conseil de Discipline.

Tout changement, d'adresse, n° de téléphone, RIB, état civil, doit être signalé à la Direction des Affaires Médicales.

Les bulletins de paie doivent être conservés à vie.

➤ **GARDES :**

L'étudiant doit assurer 25 gardes durant leur 2^e cycle et tel qu'il est prévu dans le règlement intérieur du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES.

L'étudiant est placé sous l'autorité du Médecin et de l'Interne de Garde à qui il doit se présenter.

Le choix des gardes est effectué sous la responsabilité et en présence du Représentant des étudiants hospitaliers ou son suppléant, qui en communique ensuite le tableau à l'Administration.

Chaque étudiant : 1) doit vérifier ses dates de gardes sur les plannings de garde, 2) est responsable de sa garde, 3) doit l'assurer personnellement.

En cas d'impossibilité absolue, il doit obligatoirement trouver un remplaçant de sa promotion et prévenir le service où il devait assurer sa garde.

En cas d'absence pour : maladie, accident de travail, AES, maternité, paternité, congés annuels, ERASMUS, formation en laboratoire rémunérée par le laboratoire, l'étudiant ne peut pas et ne doit pas assurer sa garde, la garde doit être effectuée par son remplaçant.

En aucun cas l'Administration ne cherchera de remplaçant. Tout manquement aux gardes sera sanctionné.

Pour le paiement des gardes et la validation des ECN, les tableaux doivent être complétés, OBLIGATOIREMENT et LISIBLEMENT, par : le nom, le prénom et la signature. Tout document non exploitable ne sera pas saisi.

- Horaires de gardes :

(donnés à titre informatif, ces horaires peuvent varier en fonction de l'organisation des services)

- Nuit : de 18h30 à 08h30 le lendemain, ou 18h30 à 00h30,
- Samedi : de 13h30 à 18h30,
- Dimanche et jours fériés : de 08h30 à 18h30.

- Rémunération :

Une période de garde est rémunérée en fonction des horaires :

- De 08h30 à 18h30 ou 18h30 à 08h30 : 55.29 €,
- De 13h30 à 18h30 ou de 18h30 à 00h30 : 27.23 €,
- De 18h30 à 22h30 orthopédie sud : 27.23 €,

➤ **CONGES ANNUELS :**

La durée des congés annuels est fixée à *30 jours ouvrables* pour une année universitaire complète. Le décompte est effectué du lundi au samedi inclus. Le samedi étant décompté pour une journée complète dès lors que le vendredi qui le précède est posé. Il n'y a pas de congés non rémunérés pour les 4^{ème} et 5^{ème} année.

En cas d'année incomplète, le congé est de 2.5 jours par mois de présence ou fraction de mois supérieure à 15 jours. Il ne sera accordé aucune dérogation visant à reporter une partie des congés non pris au cours d'une année universitaire sur l'année suivante.

Ces congés doivent être posés entre le 1^{er} août et le 31 juillet de l'année suivante (avec tolérance jusqu'au 31 août), sous réserve de la compatibilité avec l'organisation de service afin de garantir la qualité de la formation.

La durée des congés pouvant être prise en une seule fois ne peut excéder 24 jours ouvrables.

Les demandes sont à transmettre impérativement à la Direction des Affaires Médicales, après validation du chef de services à : gttpm@chu-grenoble.fr

CHANGEMENT DE CAISSE PRIMAIRE D’AFFILIATION ETUDIANTS MEDECINE – ETUDIANTS PHARMACIE

La Direction des Affaires Médicales ne gère pas le changement de Caisse Primaire d’Assurance Maladie

Du statut d’Etudiant à statut d’Etudiant SALARIE
De l’assurance SMERRA ou LMDE à la CPAM (Régime Général)

La CPAM est votre Caisse Primaire à compter de votre 1^{er} jour d’entrée au CHU en tant que salarié. Il n’est donc pas nécessaire de vous réinscrire à la SMERRA ou la LMDE, mis à part les étudiants qui partent en ERASMUS le 1^{er} semestre.

ADRESSE de la CPAM de GRENOBLE :

- 2, rue des Alliés – 38045 GRENOBLE CEDEX 9 – tél. : 0 811 70 36 46

ou la CPAM dont dépend votre domicile.

Liste des pièces à fournir, pour la constitution de votre dossier auprès de la CPAM (attendre le 1^{er} bulletin de paie)

- L’imprimé EXP750 (déclaration de mutation) rempli (téléchargeable sous : AMELIE.FR – formulaire)
- Votre attestation vitale (SMERRA ou LMDE)
- L’original d’un relevé d’identité bancaire/postal
- Une copie de votre dernière fiche de paie
- Une copie de votre carte d’identité recto/verso
- Une copie de votre livret de famille si enfant sur votre dossier
- Préciser également votre adresse mail et votre numéro de téléphone

Indiquer l’adresse de votre domicile et non celui de vos parents.

Penser à faire la déclaration de votre médecin traitant.

Le cas échéant : joindre la copie de la notification du ticket modérateur à 100 %

Conserver une copie de l’imprimé CPAM pour votre demande d’APL.

Demande de mutation

Le formulaire de demande de mutation doit être utilisé en cas d'évolution de votre situation professionnelle entraînant :

- ▶ un changement de régime de Sécurité Sociale si vous étiez rattaché(e) au régime agricole, à une mutuelle de fonctionnaires, à un régime spécial ou au régime étudiant...

Il convient de le compléter et de le retourner à votre nouvelle caisse d'assurance maladie accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour et d'un relevé d'identité bancaire (n° IBAN).

▶ Identification de l'assuré(e)

Votre n° de sécurité sociale

Vos nom et prénoms

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)
(Si vous êtes artiste auteur et que vous utilisez un pseudonyme, précisez-le après votre nom de famille)

Votre date de naissance

Votre adresse

Code Postal Commune

Votre n° de téléphone

Votre courriel

▶ Votre ancienne situation

Si vous changez de régime, organisme auprès duquel vous perceviez vos prestations de Sécurité Sociale :

Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident du travail/maladie professionnelle ?

▶ Votre nouvelle situation

Salarjé(e) depuis le

Agent de la Fonction Publique ▶ d'Etat Territoriale Hospitalière

▶ Titulaire Contractuel depuis le

Sans activité

Autre situation Si votre situation ne correspond pas à celles figurant ci-dessus, veuillez préciser votre nouvelle situation :

▶ Votre situation personnelle

Avez-vous un conjoint, partenaire PACS, concubin sans activité, rattaché à votre régime actuel et qui demande également le changement de régime ? Oui non

(Si oui, merci de lui demander de compléter les rubriques ci-dessous et de fournir une photocopie d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour et un relevé d'identité bancaire)

Son n° de sécurité sociale

signature du conjoint, partenaire PACS ou concubin

Ses nom et prénoms :

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)

▶ Attestation sur l'honneur à compléter par l'assuré(e)

L'assuré(e) identifié(e) ci-dessus, atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à

signature de l'assuré(e)

Le

IMPORTANT : si vous avez des enfants mineurs à votre charge, veuillez compléter un formulaire S3705.
Ce formulaire est téléchargeable sur www.ameli.fr ou à demander à votre caisse.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L. 114-10-3 et L. 161-1-4 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES

CS 10217 – 38043 GRENOBLE CEDEX 9
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES – PAVILLON DAUPHINE

Jours et heures d'ouverture :
Du lundi au vendredi : 08h-12h / 13h-16h

Cellule Gestion du Temps :
gttm@chu-grenoble.fr
Tel : 04 76 76 60 71

DEMANDE DE CONGES ETUDIANTS MEDECINE - PHARMACIE

A RETOURNER OBLIGATOIREMENT A LA DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

NOM - Prénom : _ _ _ _ _

Affectation ou Service : _ _ _ _ _

Médecine Pharmacie Pharmacie Industrie (15 jours)

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir m'accorder :

NATURE	DATES		Nombre de jours
	du (inclus)	au (inclus)	
Congés annuels (30 jours ouvrables - Si erasmus 15 jours ouvrables) le samedi est décompté dès lors que le vendredi est posé merci de décompter vos congés			
IFMSA			
Autorisation exceptionnelle d'absence (1) : <ul style="list-style-type: none">- Mariage (y compris celui des enfants)- Pacs- Naissance- Paternité- Décès (conjoint-père-mère-enfant)			

(1) Joindre le justificatif

NOM-Prénom du remplaçant dans le service : _ _ _ _ _

La Tronche, le _ _ _ _ _

Avis du Chef de Service,

Signature de l'Intéressé(e),



DEMANDE DE VERSEMENT DE L'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT

Envoyer le document complété à : servicepaiedam@chu-grenoble.fr

Je soussigné(e),

- Nom-prénom :
- N° matricule CHU (n° à 6 chiffres) :
- Etudiant hospitalier en médecine ou en pharmacie : _____ ème année
- Demeurant – adresse du domicile :

demande au **Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes** – CS 10217 – 38043 GRENOBLE CEDEX 9, à bénéficier de l'indemnité forfaitaire de transport pour mon stage HORS CHUGA, effectué à :

- Nom d'établissement ou nom du maître de stage : _____
- Adresse du stage : _____
- Sur la période allant du _____ au _____

Condition à remplir pour prétendre à la prime :

Stage situé à plus de 15 kilomètres du CHUGA et à plus de 15 kilomètres de mon domicile. Je déclare n'avoir reçu ni demandé aucune aide financière au transport sur cette période.

Documents à fournir pour prétendre à la prime :

Je fournis un justificatif de domicile (*une facture EDF, une facture de téléphone, ou de forfait/box d'accès à Internet...*), datant de moins de 3 mois à mon nom et adresse (joindre une copie de ce justificatif).

Je n'ai pas de justificatif de domicile à mon nom et adresse car je suis hébergé(e), dans ce cas, merci de nous fournir :

- 1 - Une attestation sur l'honneur, renseignée, datée et signée par la personne vous hébergeant,
- 2 - Un justificatif de domicile de la personne qui vous héberge datant de moins de 3 mois à son nom et adresse,
- 3 - Une copie de la pièce d'identité de la personne vous hébergeant.

NB : Toute demande incomplète ne pourra pas être traitée, et toute demande reçue après le 10 du mois sera traitée le mois suivant.

Date :

Signature :

Site Intranet DAM : INTRANET-vie des structures-Pôle Ressources formation-
Direction des Affaires Médicales

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES

CS 10217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 09