

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE
INTERNES ET ETUDIANTS HOSPITALIERS**

(à transmettre à la Direction des Affaires Médicales)

NOM: _____

PRENOM: _____

GRADE: _____

SERVICE: _____

CONGE ANNUEL EXCEPTIONNEL motif _____

(joindre un justificatif)

sollicité du _____ au _____ inclus

pour reprendre le _____

Date de la demande

Signature

Signature du Chef de service

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

CONGE ACCORDE ANNUEL EXCEPTIONNEL

DU _____ AU _____

RESTE A PRENDRE _____ JOURS

DUNKERQUE, le _____

Pour le Directeur,