

**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE**  
**DECLARATION GARDES ET ASTREINTES**  
**SEMAINE DU**

**NOM DU PRATICIEN :**  
**GRADE DU PRATICIEN :**

JOUR (préciser les dates)	Site de garde	GARDE PERMANENTE	ASTREINTE OPERATION- NELLE	ASTREINTE DE SECURITE	Pour chaque déplacement préciser : l'heure d'arrivée : A - heure de départ : D						
					DEPLACEMENT 1	DEPLACEMENT 2	DEPLACEMENT 3	DEPLACEMENT 4	DEPLACEMENT EXCEP- TIONNEL		
LUNDI					A D	A D	A D	A D	A D	A D	
MARDI					A D	A D	A D	A D	A D	A D	
MERCREDI					A D	A D	A D	A D	A D	A D	
JEUDI					A D	A D	A D	A D	A D	A D	
VENDREDI					A D	A D	A D	A D	A D	A D	
SAMEDI					A D	A D	A D	A D	A D	A D	
-----											
SAMEDI	08h00 à 18h30				A D	A D	A D	A D	A D	A D	
SAMEDI	18h00 à 8h30				A D	A D	A D	A D	A D	A D	
DIMANCHE	8h30 à 18h30				A D	A D	A D	A D	A D	A D	
DIMANCHE	18h30 à 8h30				A D	A D	A D	A D	A D	A D	

**IMPORTANT :** Ce document est à transmettre au fur et à mesure à la Direction des Affaires Médicales  
A défaut, le paiement de la garde permanente ou du forfait de base pour les astreintes sera reporté au mois suivant.

**DATE :**  
**SIGNATURE :**

**DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES (Tél. 44153 - 46353)**