

## Fiche de renseignements pour le Tableau de l'Ordre des sages-femmes

*Pour remplir ce formulaire :*

- \* Les numéros entre parenthèse placés après les noms des rubriques renvoient à une note explicative jointe avec ce document, lisez la attentivement.
- \* Les mentions facultatives sont signalées par une étoile (\*) placée devant le nom de la rubrique.
- \* Signez chacune des 4 pages de ce formulaire en bas de page.

### **Important**

La loi n°78-17 du 6 Janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant saisies sur notre fichier informatique. Les réponses à ces questions sont obligatoires à l'exception de celles pour lesquelles il est mentionné qu'elles sont facultatives. Le défaut de réponse pourra entraîner soit un refus d'inscription, soit une enquête du Conseil départemental compétent. Toute fausse déclaration peut donner lieu à une sanction pénale (article L.4163-8 du code de la santé publique ).

Tout Conseil départemental avisé qu'une sage femme n'est pas en règle avec le Conseil départemental qu'elle a quitté peut refuser son inscription.

**Vous devez toujours communiquer au Conseil national de l'Ordre vos changements d'état civil, d'adresse, d'arrêt et de reprise d'activité.**

Toute déclaration de cessation ou de reprise d'activité, de demande d'inscription ou de radiation ne prend effet qu'à la réception par les organismes intéressés.

Ces informations sont en premier lieu destinées à l'Ordre ; elles servent à répondre aux obligations de l'article L.4113-2 du code de la santé publique, à établir des listes de correspondance utilisées pour l'envoi de bulletins, de lettres, d'informations ordinales ou pour la publication d'études démographiques chiffrées. Elles peuvent également servir à l'envoi d'informations strictement liées à l'exercice de la profession.

Vous êtes informé(e) que vous pouvez pour des raisons légitimes vous opposer à ce que des données nominatives vous concernant soient transmises à des tiers ou fassent l'objet d'un traitement destiné à vous adresser des informations sans rapport avec la finalité de ce questionnaire. Si vous vous opposez à ce que votre nom et adresse soient utilisés par le Conseil de l'Ordre pour vous communiquer des informations à caractère professionnel émanant d'autres institutions ou organismes, vous devez signifier cette opposition au Conseil national par lettre recommandée avec accusé de réception.

Je déclare avoir pris connaissance des mentions ci-dessus.

Nom : ..... Prénom : .....

Fait à : ..... le ...../...../.....

**Signature :**

## Etat Civil

Civilité (1) : Mr  Mme  Melle

Nom patronymique (2) : \_\_\_\_\_

Nom d'usage (3): \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Prénom d'usage (4): \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Commune de naissance : \_\_\_\_\_

Département de naissance : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité actuelle : \_\_\_\_\_ Nationalité d'origine: \_\_\_\_\_

Date d'acquisition nationalité française (5): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Données du professionnel

Département d'inscription : \_\_\_\_\_ Numéro dans le département : \_\_\_\_\_

Numéro national d'inscription (si vous le connaissez) : \_\_\_\_\_

Civilité d'exercice (6): Mr  Mme  Melle

Nom d'exercice (7) : \_\_\_\_\_

Prénom d'exercice (8): \_\_\_\_\_

\* Langues étrangères parlées (3 maximum) :

\_\_\_\_\_

### Adresse de correspondance (9) :

\_\_\_\_\_

N° d'appartement ou de boîte aux lettres - Etage - Couloir - Escalier

\_\_\_\_\_

Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone Industrielle

\_\_\_\_\_

N° - Extension Type et Nom de voie (ex : 12, avenue des Fleurs)

\_\_\_\_\_

Mentions spéciales de distribution et n°(BP, TSA...) ou Lieu-Dit

\_\_\_\_\_

Code Postal Ville Pays

N° téléphone : \_\_\_\_\_ \* Fax : \_\_\_\_\_

\* Adresse e-mail \_\_\_\_\_

## Diplôme de Sage-Femme

Date d'obtention : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Lieu d'obtention (10) : \_\_\_\_\_

Ecole/Faculté: \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

\* N° de diplôme : \_\_\_\_\_

Autorisation ministérielle d'exercer (11) : oui  non

Date publication au JO (11b): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\* : Mention facultative

Signature

## Activité 1 (12) (une activité par lieu d'exercice)

Date de début :  -  -

Date de fin :  -  -

Mode d'exercice : Libéral  PMI  Hospitalier  PSPH  Salarié privé  Bénévole

Nature (13) : Standard  Remplacement libéral  Intérimaire-Vacataire

Nature activité si libérale : Cabinet primaire  Cabinet secondaire  Plateau technique

Lieu d'exercice (14) :

Secteur d'activité (15) :

\* Identifiant (n°SIRET ou N° FINESS) (16):

Forme juridique (pour les libérales) (17) :

### Adresse de l'activité :

Nom du service - Etage - Couloir - Escalier

Hôpital - Clinique - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone Industrielle

N° - Extension Type et Nom de voie (ex : 12, avenue des Fleurs)

Mentions spéciales de distribution et n°(BP, TSA...) ou Lieu-Dit

Code Postal

Ville

Pays

\* N° téléphone :  \* Fax :

\* Adresse e-mail

## Activité 2 (12) (une activité par lieu d'exercice)

Date de début :  -  -

Date de fin :  -  -

Mode d'exercice : Libéral  PMI  Hospitalier  PSPH  Salarié privé  Bénévole

Nature (13) : Standard  Remplacement libéral  Intérimaire-Vacataire

Nature activité si libérale : Cabinet primaire  Cabinet secondaire  Plateau technique

Lieu d'exercice (14) :

Secteur d'activité (15) :

\* Identifiant (n°SIRET ou N° FINESS) (16):

Forme juridique (pour les libérales) (17) :

### Adresse de l'activité :

Nom du service - Etage - Couloir - Escalier

Hôpital - Clinique - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone Industrielle

N° - Extension Type et Nom de voie (ex : 12, avenue des Fleurs)

Mentions spéciales de distribution et n°(BP, TSA...) ou Lieu-Dit

Code Postal

Ville

Pays

\* N° téléphone :  \* Fax :

\* Adresse e-mail

\* : Mention facultative

