

Madame, Monsieur,
Afin de compléter les informations vous concernant, merci **de bien vouloir nous retourner dûment complété le présent formulaire.**

ECOLE DE SAGES-FEMMES :

IDENTITE

Je soussigné (e) M. Mme

Nom patronymique : Nom d'usage : Nom d'exercice :

Prénom : Date de naissance : Lieu :

Demeurant :

Code postal : Ville :

Tél/Fax/Mail.....

MON ACTIVITE ACTUELLE

Nom de l'établissement et adresse **complète** de l'activité :

1 - Date de début :/...../.....
..... Date de fin :/...../.....
Nature de l'activité : Hospitalière Salariée privée P.M.I Intérimaire Autre :
 Remplacement libéral

2 - Date de début :/...../.....
..... Date de fin :/...../.....
Nature de l'activité : Hospitalière Salariée privée P.M.I Intérimaire Autre :
 Remplacement libéral

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE DE N° RPPS

Sans la totalité de ces documents aucune demande ne sera pas traitée

- une attestation validant les enseignements théoriques et cliniques ;
- un certificat de scolarité de l'année en cours ;
- une attestation d'autorisation de remplacement du conseil départemental des sages-femmes de **votre lieu d'exercice** ;
- La présente fiche d'activité « Etudiant(e)-Remplaçant(e) » dûment remplie.

Fait le/...../..... à

Signature :