



Ordre des
Sages-Femmes

CONSEIL NATIONAL

DEMANDE DE RADIATION

N° RPPS

N° national

Département d'inscription

N° attribué dans le département

IDENTITÉ

Je soussigné(e) : Mme M.

Nom de naissance : Nom d'usage :

Nom d'exercice : Prénom :

Date de naissance : / / Lieu :

Demeurant :

Code postal : Ville :

Tél : Mail :

Vous demandez de bien vouloir procéder à ma radiation du tableau de l'Ordre pour le motif suivant :

Retraite

Congé parental

Changement de département⁽¹⁾

Reprise d'étude

Exercice de ma profession à l'étranger

Changement de profession

Autre motif

Date de prise d'effet de radiation souhaitée⁽²⁾ : / /

Ma dernière activité était :

Nom d'établissement / structure et adresse de l'activité : Date de début : Date de fin :

1 - / / / /

Type d'activité* :

2 - / / / /

Type d'activité* :

*Préciser si salariée, hospitalière, PMI ou libérale.

⁽¹⁾ Si vous demandez votre radiation car vous souhaitez changer de département, vous devez impérativement remplir l'annexe 1 intitulée « Demande de radiation pour motif de changement de département », ainsi que le Formulaire de demande d'inscription dans le nouveau département où vous souhaitez être inscrit(e). Vous trouverez ces documents sur notre site www.ordre-sages-femmes.fr, rubrique « Services >> Formalités ordinaires ».

⁽²⁾ Attention : cette date ne peut être antérieure à la date à laquelle vous complétez le présent formulaire de demande de radiation

Je note bien que je peux à tout moment demander ma réinscription à l'Ordre, en adressant au Conseil national une demande d'inscription (document accessible sur le site de l'Ordre), 3 mois avant la reprise de mon activité.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations figurant ci-dessus.

Fait à : le : / /

Signature