



## ÉTAT CIVIL

Civilité :

Mme

M.

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Département de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) de naissance : \_\_\_\_\_

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

Nom d'usage\* : \_\_\_\_\_

Nationalité actuelle : \_\_\_\_\_

Nom d'exercice\*\* : \_\_\_\_\_

Nationalité d'origine : \_\_\_\_\_

Prénom d'exercice\*\*\* : \_\_\_\_\_

Date d'acquisition nationalité française : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*Il s'agit du nom utilisé dans la vie courante lorsqu'il diffère du nom de naissance.

\*\*Il s'agit du nom sous lequel vous exercez. Il doit correspondre soit au nom de naissance soit au nom d'usage.

\*\*\*Il s'agit du prénom sous lequel vous exercez. Il doit correspondre à l'un des prénoms inscrits dans l'acte de naissance.

## COORDONNÉES DE CORRESPONDANCE

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

## LANGUES PARLÉES (en plus du français)

## DIPLÔME DE SAGE-FEMME

Français

Européen (d'un Etat de l'UE ou de l'EEE ou la Suisse)

Autre

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lieu d'obtention - Faculté/École : \_\_\_\_\_

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

# AUTORISATION MINISTÉRIELLE OUVRANT DROIT A L'EXERCICE EN FRANCE

Etes-vous titulaire d'une autorisation ministérielle d'exercice\* : **Oui** **Non**

Date de publication au Journal Officiel : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*\*Si vous avez un diplôme étranger ne bénéficiant pas des règles instaurées au sein de l'UE, cochez « oui » et précisez alors la date de publication au Journal Officiel.*

## SITUATION ADMINISTRATIVE

### 1. INSCRIPTION PRÉCÉDENTE À UN TABLEAU DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Avez-vous été inscrit.e à un tableau de l'Ordre en France : **Oui** **Non**

Si oui, précisez le dernier département d'inscription : \_\_\_\_\_

### 2. INSCRIPTION À UN CONSEIL DE L'ORDRE D'UNE AUTRE PROFESSION (ex : infirmiers)

Êtes-vous enregistré.e à un Conseil de l'Ordre d'une autre profession : **Oui** **Non**

Si oui, précisez pour quelle profession : \_\_\_\_\_

### 3. INSCRIPTION ANTÉRIEURE AU TABLEAU DE L'ORDRE DE POLYNÉSIE FRANÇAISE OU NOUVELLE CALÉDONIE :

Êtiez-vous inscrit.e au Tableau de l'Ordre de Polynésie Française : **Oui** **Non**

Êtiez-vous inscrit.e au Tableau de l'Ordre de Nouvelle-Calédonie : **Oui** **Non**

Si oui, précisez-la date de radiation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## SITUATION PROFESSIONNELLE

*(à renseigner uniquement dans le cadre d'une réinscription et non pour une primo-inscription)*

### 1. MON(MES) ACTIVITÉ(S) PRÉCÉDENTE(S)

Nom de l'établissement / structure et adresse complète de l'activité :

1- \_\_\_\_\_ Date de début : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nature de l'activité : **Salariée** **P.M.I** **Remplacement salarié** **Remplacement libéral**

**Libérale :** **Cabinet primaire** **Cabinet multisite** **Pas d'activité de soin** **Autre :** \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_ Date de début : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nature de l'activité : **Salariée** **P.M.I** **Remplacement salarié** **Remplacement libéral**

**Libérale :** **Cabinet primaire** **Cabinet multisite** **Pas d'activité de soin** **Autre :** \_\_\_\_\_

**2. MON(MES) ACTIVITÉ(S) ACTUELLE(S)** (au-delà de 2 autres lieux d'activité, veuillez les renseigner en page 4)

Nom de l'établissement / structure et adresse complète de l'activité :

1- ..... Date de début : ..... / ..... / .....

..... Date de fin : ..... / ..... / .....

Nature de l'activité : Salariée P.M.I Remplacement salarié Remplacement libéral

Libérale : Cabinet primaire Cabinet multisite Pas d'activité de soin Autre : .....

2- ..... Date de début : ..... / ..... / .....

..... Date de fin : ..... / ..... / .....

Nature de l'activité : Salariée P.M.I Remplacement salarié Remplacement libéral

Libérale : Cabinet primaire Cabinet multisite Pas d'activité de soin Autre : .....

## **DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE**

Je demande mon inscription au tableau du conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes

DÉPARTEMENT (Métropole/DOM) : .....

Je déclare avoir également pris connaissance des textes ci-dessous.

**Je déclare avoir pris connaissance des dispositions du code de déontologie des sages-femmes et m'engage à les respecter.**

Fait à : ..... le : ..... / ..... / .....

**Signature**

## PIÈCES À JOINDRE AVEC CE FORMULAIRE

### (Conformément à l'article R.4112-1 du code de la santé publique)

- Copie de votre pièce d'identité en cours de validité,
- Déclaration sur l'honneur certifiant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau n'est en cours à votre rencontre (modèle accessible sur le site du CNOSF),
- Copie du diplôme (uniquement s'il s'agit d'une primo inscription à l'Ordre),
- Curriculum vitae,
- Attestation de compétences (uniquement s'il s'agit d'une primo inscription à l'Ordre).

Votre inscription au tableau de l'Ordre des sages-femmes emporte votre consentement à l'envoi de la Newsletter et de la Revue « Contact sages-femmes ». Si vous ne souhaitez pas recevoir ces documents, nous vous invitons à cocher les cases suivantes :

**Je ne souhaite pas recevoir la newsletter du Conseil de l'Ordre**

**Je ne souhaite pas recevoir la revue « Contact sages-femmes » du Conseil de l'Ordre**

Toute sage-femme exerçant sur le territoire national, doit obligatoirement être inscrite au tableau de l'Ordre du département dont elle relève et suivre les prescriptions édictées par le code de déontologie des sages-femmes, codifiées aux articles R.4127-301 à R.4127-367 du code de la santé publique.

Conformément à l'article D.4113-115 du code de la santé publique, les sages-femmes sont tenues d'informer le Conseil de l'Ordre dans le délai d'un mois de tout changement de leur situation professionnelle ou de leur résidence, notamment en cas de modification de leurs coordonnées de correspondance, de prise ou arrêt de fonction supplémentaire, d'intégration au corps de réserve sanitaire, de cessation, temporaire ou définitive d'activité.

Dans le cadre de vos échanges avec le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, vos données personnelles sont traitées par le CNOSF aux fins de gestion des traitements mis en oeuvre par les services concernés, notamment la gestion du tableau, la gestion de la newsletter, la gestion des contentieux. Vos données personnelles sont traitées en conformité avec les principes de protection des données personnelles tels que posés par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques au regard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données applicable depuis le 25 mai 2018 (ci-après le « RGPD ») et à la loi Informatique et Libertés modifiée (ci-après la « Réglementation applicable à la protection des données »).

Vos données sont accessibles au sein des services concernés ainsi qu'au DPO de l'Ordre lorsque cela s'avère nécessaire. Elles sont conservées pendant la durée nécessaire à leur traitement qui peut être, le cas échéant, fixée par les textes.

Conformément à la Réglementation applicable à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement aux données personnelles vous concernant en adressant votre demande au Délégué à la protection des données (DPO) de l'Ordre par courrier électronique à l'adresse suivante : [dpo@ordre-sages-femmes.fr](mailto:dpo@ordre-sages-femmes.fr).

## ANNEXE : AUTRES ACTIVITÉS

Nom de l'établissement / structure et adresse complète de l'activité :

1- ..... Date de début : ..... / ..... / .....

..... Date de fin : ..... / ..... / .....

Nature de l'activité : **Salariée**    **P.M.I**    **Remplacement salarié**    **Remplacement libéral**

**Libérale :**    **Cabinet primaire**    **Cabinet multisite**    **Pas d'activité de soin**    **Autre :** .....

---

2- ..... Date de début : ..... / ..... / .....

..... Date de fin : ..... / ..... / .....

Nature de l'activité : **Salariée**    **P.M.I**    **Remplacement salarié**    **Remplacement libéral**

**Libérale :**    **Cabinet primaire**    **Cabinet multisite**    **Pas d'activité de soin**    **Autre :** .....

---

3- ..... Date de début : ..... / ..... / .....

..... Date de fin : ..... / ..... / .....

Nature de l'activité : **Salariée**    **P.M.I**    **Remplacement salarié**    **Remplacement libéral**

**Libérale :**    **Cabinet primaire**    **Cabinet multisite**    **Pas d'activité de soin**    **Autre :** .....

---

4- ..... Date de début : ..... / ..... / .....

..... Date de fin : ..... / ..... / .....

Nature de l'activité : **Salariée**    **P.M.I**    **Remplacement salarié**    **Remplacement libéral**

**Libérale :**    **Cabinet primaire**    **Cabinet multisite**    **Pas d'activité de soin**    **Autre :** .....