

N° d'inscription à l'Ordre : \_\_\_\_\_

Dossier complet  oui  non

Date de l'inscription au tableau : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Collège :  Public  Privé  Libéral

## Exercice mixte - Formulaire de Demande d'inscription au tableau de l'Ordre National des Infirmiers

Formulaire réservé aux infirmiers ayant un exercice libéral & salarié  
(si votre exercice est salarié ou libéral, merci de télécharger le formulaire adapté sur [www.ordre-infirmiers.fr](http://www.ordre-infirmiers.fr))

Photo  
d'identité  
35 X 45 mm  
(facultative)

À coller ici

N° du département de mon exercice principal : \_\_\_\_\_

1. ÉTAT CIVIL  Mme  Mlle  M.

Nom de famille : \_\_\_\_\_  
*Nom de naissance*

Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
*Nom de l'épouse, veuve, divorcée*

Prénoms : \_\_\_\_\_  
*Souligner le prénom usuel*

Nom et prénom d'exercice : \_\_\_\_\_  
*Nom et prénom figurant sur la fiche de paye ou la feuille de soins.*

Naissance : Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Nationalité actuelle : \_\_\_\_\_

Le cas échéant la date d'acquisition de la nationalité française : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance : (adresse précise d'expédition du courrier)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal Ville

\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Pays

Téléphone fixe : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
*Écrire lisiblement*

Votre N° ADELI : \_\_\_\_\_ Département d'enregistrement : \_\_\_\_\_

*Si vous avez changé de département, inscrire le dernier*

Date de votre enregistrement à la délégation territoriale de l'ARS (DDASS) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**N.B. : Si vous n'êtes pas déjà enregistré(e) auprès de ce service de notre département, vous devez le faire au plus vite et nous communiquer aussitôt votre n° ADELI : il est obligatoire pour exercer.**

## 2. DIPLÔME D'INFIRMIER

Intitulé : \_\_\_\_\_

Date de l'obtention du diplôme : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° diplôme : \_\_\_\_\_

Lieu d'obtention : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays de délivrance : \_\_\_\_\_

## 3. ÉVENTUELLE AUTORISATION D'EXERCICE DÉLIVRÉ PAR UN PRÉFET DE RÉGION

(exigée pour les titulaires de certains diplômes ou titres non reconnus comme équivalents au diplôme d'État français)

Date de délivrance de l'autorisation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° de délivrance : \_\_\_\_\_

Par le préfet (DRASS) de la région de : \_\_\_\_\_

## 4. AUTRES DIPLÔMES – TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS EN LIEN AVEC LA PROFESSION

*Autres diplômes professionnels, spécialité, compétence, capacité. (Facultatif)*

- Intitulé : \_\_\_\_\_ DE  spécialité  compétence  capacité

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

Organisme formateur : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date d'abandon de cet exercice (*le cas échéant*) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Intitulé : \_\_\_\_\_ DE  spécialité  compétence  capacité

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

Organisme formateur : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date d'abandon de cet exercice (*le cas échéant*) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 5. LANGUES ÉTRANGÈRES PARLÉES COURAMMENT (*facultatif*) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. EXERCICE PROFESSIONNEL

### 6. 1 Mode d'exercice salarié

Vous exercez à temps plein OUI  NON  Si NON : pourcentage de temps plein :  %

Date de votre dernière embauche :  /  /

Fonction :   
*Inscrit sur la fiche de paye*

Raison sociale de l'employeur :   
*Nom de l'établissement*

N° de FINESS :  ou N° de SIRET :   
*Inscrit sur la fiche de paye*

#### Adresse de l'activité :

*Nom de l'établissement*

*Nom du service – Étage – Couloir – Escalier*

*N° et nom de voie*

*Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous*

*Code postal Ville*

Téléphone :  .  .  .  .  Poste :

**Vous faites parti(e) de l'une des trois Fonctions publiques** (hospitalière, territoriale ou de l'État)

Statut : Titulaire  Stagiaire  Contractuel

**Vous exercez dans le secteur privé**

Votre contrat : CDI  CDD  Vacataire  Intérimaire

**Autres situations**

Bénévole  Réserve Sanitaire  Retraité(e)

## 6 . 2 Mode d'exercice libéral

Non conventionné  Conventionné

Possédez-vous une carte de Professionnel de Santé (CPS) Oui  Non

Si oui, N° : \_\_\_\_\_ Date de fin de validité : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Exercice individuel**

**Exercice en groupe** : SCM  Collaboration  Association

(pour les sociétés d'exercice, voir page 5)

N° SIRET : \_\_\_\_\_

Date début d'activité : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Adresse du cabinet :**

\_\_\_\_\_  
*N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle*

\_\_\_\_\_  
*N° et nom de voie*

\_\_\_\_\_  
*Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous*

\_\_\_\_\_  
*Code postal*                      *Ville*

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_      Portable : \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Courriel prof. : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
*Si différent du courriel personnel*

Cabinet secondaire : NON  OUI

**Adresse du cabinet secondaire :**

\_\_\_\_\_  
*N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle*

\_\_\_\_\_  
*N° et nom de voie*

\_\_\_\_\_  
*Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous*

\_\_\_\_\_  
*Code postal*                      *Ville*

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**Vous exercez en secteur libéral avec le statut de remplaçant(e) :**

De façon Permanente : OUI  NON

Autorisation de la l'ARS (ancienne DDASS) du : \_\_\_\_\_  
Nom du département

Date de la délivrance de l'autorisation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Prénom et nom du titulaire du cabinet 1 :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_  
N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle

\_\_\_\_\_ N° et nom de voie

\_\_\_\_\_ Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous

\_\_\_\_\_ Code postal Ville

**Prénom et nom du titulaire du cabinet 2 :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_  
N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle

\_\_\_\_\_ N° et nom de voie

\_\_\_\_\_ Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous

\_\_\_\_\_ Code postal Ville

**Exercice en société d'exercice :** SCP  SEL  SELARL

Nom de la société : \_\_\_\_\_

N° d'inscription de la société à l'Ordre: \_\_\_\_\_

**Adresse de la société :** \_\_\_\_\_  
N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle

\_\_\_\_\_ N° et nom de voie

\_\_\_\_\_ Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous

\_\_\_\_\_ Code postal Ville

Tél. de la société : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

N° de SIRET : \_\_\_\_\_ Nombre d'associés : \_\_\_\_\_



# PIÈCES À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

## POUR TOUS LES INFIRMIERS

- Le présent formulaire dûment rempli et signé, avec une photo d'identité au format 35 x 45 mm (facultative) collée sur la première page.
- Photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité. (carte nationale d'identité, passeport ou extrait d'acte de naissance [www.acte-naissance.fr](http://www.acte-naissance.fr) datant de moins de trois mois).
- Photocopie recto-verso de votre diplôme d'État français ou d'un autre diplôme reconnu équivalent au niveau européen (les nouveaux diplômés peuvent photocopier leur attestation provisoire de réussite au diplôme).
- Si vous êtes membre d'un État de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen et que vous n'avez pas l'un de ces diplômes : photocopies des titres de formation, attestation ou certificat et éventuellement autorisation d'exercice prévus par le code de la santé publique (art. L. 4311-4) et l'arrêté du 10 juin 2004 modifié (accompagnés le cas échéant d'une traduction, faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives desdits Etats).
- Si vous êtes ressortissant(e) d'un État étranger**, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de votre État d'origine ou de provenance. **Si vous êtes ressortissant(e) d'un État de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen** qui exige une preuve de moralité ou d'honorabilité, cet extrait peut être remplacé par une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de votre État d'origine ou de provenance certifiant que vous remplissez ces conditions de moralité ou d'honorabilité.
- Photocopie de vos autres diplômes infirmiers éventuels (facultatif).
- Un certificat de radiation d'inscription ou d'enregistrement délivré par l'autorité auprès de laquelle vous étiez antérieurement inscrit(e) ou enregistré(e) ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur certifiant que vous n'avez jamais été inscrit(e) ou enregistré(e), ou, à défaut, un certificat d'inscription ou d'enregistrement dans un État de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.
- Un moyen de paiement du montant de la cotisation ordinale annuelle : autorisation de prélèvement automatique (à télécharger sur le site <http://www.ordre-infirmiers.fr>) et un RIB, ou un chèque libellé à l'ordre de "Ordre National des Infirmiers".

## Il convient d'ajouter selon les cas :

### POUR LES SALARIÉS

- Photocopie de votre inscription au fichier ADELI **ou** photocopie de votre carte professionnelle, si vous les avez déjà obtenues auprès de la délégation territoriale départementale de l'Agence régionale de santé (ou DDASS)
- Photocopie du haut de votre dernière feuille de paie, ou une attestation de travail, pour l'identification de votre (vos) employeur(s).
- Photocopies de votre **ou** vos contrats de travail actuels liés à votre exercice salarié (excepté pour les fonctionnaires, qui relèvent du statut de la fonction publique)

### POUR LES LIBÉRAUX **ou** MIXTES

- Photocopie de l'inscription au fichier ADELI **ou** photocopie de la carte professionnelle **ou** une feuille de soins originale, si vous les avez déjà obtenues auprès de la délégation départementale de l'Agence régionale de santé (ou DDASS) ou de la CPAM.
- Photocopie de votre attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle en cours de validité.
- Photocopies de tous les contrats liés à l'exercice libéral (collaboration, remplacement, statuts des sociétés, etc.).
- Remplaçant(e) : Photocopie de l'autorisation de remplacement signée par l'ARS.

**Ce formulaire de 7 pages est à envoyer** (de préférence par lettre avec A. R.) **ou à déposer au Conseil départemental de l'Ordre des infirmiers de votre département d'exercice** dans le meilleur délai, accompagné des pièces indiquées ci-dessus

**(Les adresses postales sont disponibles sur le site : <http://www.ordre-infirmiers.fr>)**