ENREGISTREMENT DES AUXILIAIRES MÉDICAUX AU RÉPERTOIRE ADELI

Madame, Monsieur,

Les informations que vous communiquez dans ce document serviront à :

- Vous transmettre, en retour, la fiche reflétant les éléments que vous aurez indiqués et comportant votre numéro ADELI
- Vous adresser (le cas ®ch®ant) le formulaire, personnel, de demande de carte de professionnel de santé (CPS)
- Mieux vous informer sur la démographie de votre profession
- Établir les listes départementales des praticiens
- Mettre en place des dispositifs de défense et de protection sanitaire des populations civiles

Tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte aux informations obligatoires peut entraîner l'application d'une amende administrative.

Je vous remercie du soin que vous prendrez à compléter ce document et vous demande de bien vouloir m'informer de toute modification portant sur les informations que vous me communiquez.

Le directeur général de l'Agence
Régionale de Santé

La loi n 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de l'Agence Régionale de Santé.

AUXILIAIRES MEDICAUX

Les données marquées d'un * sont obligatoires

VOTRE PROFESSION PARAMEDICALE*

- ☐ Assistants Dentaires
- ☐ Audioprothésiste
- ☐ Diététicien
- ☐ Epithésiste
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Infirmier
- ☐ Infirmier Psychiatrique
- ☐ Manipulateur ERM
- ☐ Ocullariste
- ☐ Opticien-Lunetier
- ☐ Orthopédiste-Orthésiste
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Orthoprothésiste
- ☐ Orthoptiste
- ☐ Podo-Orthésiste
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Technicien de laboratoire

ETAT CIVIL*

- Civilité : Mme ☐ M. ☐
- NOM D'EXERCICE :
- Prénom(s) :
  - Prénom usuel (si différent du 1er) :
- **NOM DE NAISSANCE** :
- Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : Lieu :
  Département : Pays :
- Nationalité : ☐ Française ☐ Autre (préciser):
- Adresse personnelle :
  Code postal : Commune :
  E-mail : Téléphone :
  Langues parlées :

TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES

- Intitulé du diplôme* :
- Numéro de diplôme : Date obtention* (JJ/MM/AAAA) :
- Etablissement et Lieu d'obtention* :
- Type de diplôme : ☐ Français ☐ UE ☐ Etranger (Hors UE) :
- Date d'autorisation d'exercice* (Pour les diplômes étrangers ou cursus spéciaux) (JJ/MM/AAAA) :
- Autorité de délivrance de l''autorisation d'exercice* (le cas échéant) :

- Avez-vous une spécialisation ?* (Diplôme supplémentaire) : oui ☐ non ☐
- Intitulé de la spécialité (Joindre un justificatif) :
- Date d'obtention (JJ/MM/AAAA) :
- Lieu d'obtention :

ACTIVITES PROFESSIONNELLES EXERCEES

➢ SITUATION PROFESSIONNELLE :

Première année d'activité diplômée*: Département d'exercice précédent (le cas échéant) :

Votre situation professionnelle :

20 ☐ Salarié 10 ☐ Libéral 30 ☐ Mixte 11 ☐ Indépendant, Artisan, Commerçant

40 ☐ Autre actif (en recherche d'emploi, autre actif) 70 ☐ Autre inactif 60 ☐ Retraité

! ATTENTION ! ➡ Dans le cadre du "Remplacement libéral", c'est l'ADRESSE PERSONNELLE qui fait office d'adresse professionnelle.

! ATTENTION ! ➡ POUR LES PROFESSIONS LIBÉRALES GÉRÉES PAR LA CPAM :

En cas de multi-activités sur plusieurs départements :
L'activité libérale (Remplaçant /Cabinet/Société) sera d'office l'activité principale.
Dans ce cas de figure, elle sera donc toujours PRIORITAIRE même si vous avez une activité salariée à laquelle vous consacrez plus de temps.

! ATTENTION ! ➡ En cas de CUMUL D'ACTIVITÉS PUBLIC / PRIVÉ : Voir page 5

RAPPEL : C'est l'activité principale qui détermine votre département d'enregistrement

➢ VOTRE ACTIVITE ***PRINCIPALE*** :

☐ ACTIVITE SALARIEE: ☐ Salarié du secteur PUBLIC ☐ Salarié du secteur PRIVÉ ☐ INTERIM

☐ ACTIVITE LIBERALE: ☐ Remplaçant *(soumis à autorisation de l'Ordre pour les INFIRMIERS)*
☐ Libéral en Cabinet : ☐ Individuel ☐ de Groupe ☐ en Société
☐ Libéral en Etablissement

Votre statut : ☐ Collaborateur ☐ Assistant ☐ Autre :

☐ ACTIVITE INDEPENDANTE (ex: Commerçant…) ☐ ACTIVITE AUTRES (Bénévole, Consultant,…) :

Votre statut : ☐ Gérant ☐ Collaborateur
☐ Autre :

✓ **DATE DE PRISE DE FONCTION / INSTALLATION*** (JJ/MM/AAAA) :

✓ Nom ou raison sociale* :

✓ Statut juridique (SARL, SCP,…) : ✓ N° SIRET (14 chiffres) :

✓ Adresse* :

Code postal : Commune :

✓ Téléphone : Fax :

✓ E-mail :

✓ Informations complémentaires :

➢ ACTIVITE SECONDAIRE :

☐ ACTIVITE SALARIEE: ☐ Salarié du secteur PUBLIC ☐ Salarié du secteur PRIVÉ ☐ INTERIM

☐ ACTIVITE LIBERALE: ☐ Remplaçant *(soumis à autorisation de l'Ordre pour les INFIRMIERS)*
☐ Libéral en Cabinet* : ☐ Individuel ☐ de Groupe ☐ en Société
☐ Libéral en Etablissement

Votre statut : ☐ Collaborateur ☐ Assistant ☐ Autre :

(* Pour les Infirmiers et Pédicures-Podologues, les cabinets secondaires sont soumis à autorisation de l'Ordre)

☐ ACTIVITE INDEPENDANTE (ex: Commerçant…) ☐ ACTIVITE AUTRES (Bénévole, Consultant,…)
Votre statut : ☐ Gérant ☐ Collaborateur
☐ Autre :

✓ **DATE DE PRISE DE FONCTION / INSTALLATION*** (JJ/MM/AAAA) :

✓ Nom ou raison sociale* :

✓ Statut juridique (SARL, SCP,…) : ✓ N° SIRET (14 chiffres) :

✓ Adresse* :

Code postal : Commune :

✓ Téléphone : Fax :

✓ E-mail :

✓ Informations complémentaires :

➢ AUTRES ACTIVITES :

☐ ACTIVITE SALARIEE: ☐ Salarié du secteur PUBLIC ☐ Salarié du secteur PRIVÉ ☐ INTERIM

☐ ACTIVITE LIBERALE: ☐ Remplaçant *(soumis à autorisation de l'Ordre pour les INFIRMIERS)*
☐ Libéral en Cabinet* : ☐ Individuel ☐ de Groupe ☐ en Société
☐ Libéral en Etablissement

Votre statut : ☐ Collaborateur ☐ Assistant ☐ Autre :

(* Pour les Infirmiers et Pédicures-Podologues, les cabinets secondaires sont soumis à autorisation de l'Ordre)

☐ ACTIVITE INDEPENDANTE (ex: Commerçant…) ☐ ACTIVITE AUTRES (Bénévole, Consultant,…) :
Votre statut : ☐ Gérant ☐ Collaborateur
☐ Autre :

✓ **DATE DE PRISE DE FONCTION / INSTALLATION*** (JJ/MM/AAAA) :

✓ Nom ou raison sociale* :

✓ Statut juridique (SARL, SCP,…) : ✓ N° SIRET (14 chiffres) :

✓ Adresse* :

Code postal : Commune :

✓ Téléphone : Fax :

✓ E-mail :

✓ Informations complémentaires :

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce document (Cochez la case) : ☐

Date (JJ/MM/AAAA) :

Signature (Nom et Prénom) :

Merci de retourner ce document accompagné de:

➡ **La copie de votre/vos diplôme(s)**
➡ **La copie de votre pièce d'identité**
(Carte d'identité / Passeport / Permis de conduire (en carte uniquement))

Pour les diplômes étrangers (concernés) :
➡ **Joindre en plus l'autorisation d'exercice en France + Traduction des documents étrangers**

Si vous changez de situation personnelle ou professionnelle merci de nous le signaler.

ANNEXE

➢ TEXTES REGLEMENTAIRES :

Articles L.4311-15, L.4333-1, L.4341-2, L.4342-2, L.4351-10, L.4352-1, L.4361-2, L. 4362-1, L.4364-2, L.4371-5, L.4364-2, L.4393-17 du Code de la Santé Publique

Les textes référencés ci-dessus définissent les conditions d'exercice et d'inscription sur les listes professionnelles mises à disposition en ARS pour les professions suivantes :

- Assistants dentaires
- Audioprothésiste
- Diététicien
- Epithésiste
- Ergothérapeute
- Infirmier
- Infirmier psychiatrique
- Manipulateur d'électro-radiologie médicale
- Ocullariste
- Opticien-lunetier
- Orthopédiste-orthésiste
- Orthophoniste
- Orthoprothésiste
- Orthoptiste
- Podo-orthésiste
- Psychomotricien
- Technicien de laboratoire

Article L.3131-8 du Code de la Santé Publique relatif aux mesures d'urgences :
"Si l'afflux de patients ou de victimes où la situation sanitaire le justifient, le représentant de l'Etat dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social dans le cadre d'un dispositif dénommé plan départemental de mobilisation. Il informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé, le service d'aide médicale urgente et les services d'urgences territorialement compétents et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement de ce plan."

➢ INFORMATIONS SUR LES CUMULS D'ACTIVITES PUBLIC / PRIVÉ :

En ce qui concerne les professionnels de santé appartenant à un établissement public, que ce soit pour exercer une activité secondaire salariée ou libérale, ou quitter la fonction publique en vue de créer une entreprise/exercer en libéral, **il convient de produire un justificatif** de l'établissement public démontrant que les règles en matière de cumul (éventuel) d'activités sont bien respectées.
(Voir Loi N° 83-634 du 13 juillet 1983 – Art. 25 septies et Décret n° 2017-105 du 27 Janvier 2017). Suivant les cas, il s'agira donc :

Pour les professionnels de santé étant à temps partiel (70% ou moins dans le Public) :
> Autorisation de cumul d'activité / Accord de l'établissement public
(Loi N° 83-634 – Article 25 septies – II – 2°) / Décret N° 2017-105 – Chapitre IV)

Pour les professionnels de santé actuellement à temps plein et souhaitant créer ou reprendre une entreprise
(Note : Une installation en libéral est une création d'entreprise) :
> 1°) Obligation de faire une demande de temps partiel (qui ne peut être inférieur à 50%) – Décret N° 2017-105 - Article 14
> 2°) Accord de l'établissement public après examen de la Commission de Déontologie
A NOTER : La commission est saisie par l'établissement public. Celle-ci a 1 mois pour se prononcer. Passé un délai de 2 mois, l'absence de réponse vaut accord. La décision finale est ensuite formalisée par votre hiérarchie.
(Loi N° 83-634 – Article 25 septies – III / Décret N° 2017-105 – Chapitre II)

Pour les professionnels de santé souhaitant poursuivre une activité privée au sein d'une société ou d'une association à but lucratif (= Activité commencée avant le recrutement dans le Public) :
> Autorisation de cumul d'activité / Accord de l'établissement public
IMPORTANT : Pour les personnes concernés qui sont recrutées à plus de 70 % dans le public, l'autorisation délivrée est d'une durée d'un an, renouvelable une seule fois.
(Loi N° 83-634 – Article 25 septies – II – 1°) / Décret N° 2017-105 – Chapitre III)

Pour les professionnels de santé quittant la fonction publique ou étant sous statut particulier :

> Attestation de disponibilité
ou > Attestation concernant une période de congés sans solde permettant ce type d'activité
ou > un document attestant de votre démission/fin de contrat dans cet établissement public
ou > un document attestant de votre statut privé (exemple: Statut FEHAP,…)

Pour les professionnels de santé souhaitant cumuler avec une "activité accessoire" :
(Une activité libérale même mineure n'est pas une activité accessoire)
> Conditions et liste exhaustive : voir le Chapitre I du Décret N° 2017-105