



**MEDECIN REMPLACÉ** *(écrire lisiblement pour retour courrier)*

Envoyez vos contrats & annexes calendaires par mail à [juhel.stephanie@ordre.medecin.fr](mailto:juhel.stephanie@ordre.medecin.fr)

Nom Prénom :  
 Adresse :  
 Code postal :  
 Ville :

**MEDECIN REMPLAÇANT**

Nom – Prénom : N° URSSAF :  
 Adresse :  
 Code postal – Ville :  
 Etudiant : Médecin thésé :  
 Licence de remplacement n° ..... Inscrit à l'Ordre des Médecins de .....  
 Ordre des Médecins de : ..... Sous le n° : .....  
 Déclare :  ne pas être installé  être installé depuis le : .....

**DATES DE REMPLACEMENT (HORS GARDES)**

*Précisez bien le mois du remplacement, en cas de remplacement régulier, vous pouvez juste cocher les jours au-dessus du tableau (+ journée complète, matin ou après-midi), en cas de remplacement libre, merci de cocher les dates précises dans le tableau.*

**MOIS :** ..... **Tous les**  lundis  mardis  mercredis  jeudis  vendredis  samedis  
 Journée complète  Matin  Après-midi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Matin																															
Après midi																															

**MOIS :** ..... **Tous les**  lundis  mardis  mercredis  jeudis  vendredis  samedis  
 Journée complète  Matin  Après-midi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Matin																															
Après midi																															

**MOIS :** ..... **Tous les**  lundis  mardis  mercredis  jeudis  vendredis  samedis  
 Journée complète  Matin  Après-midi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Matin																															
Après midi																															

**REMPLACEMENT DE TOUR DE GARDES**

Dates et horaires précis des gardes :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Date, cachet et signature  
 du médecin remplacé (obligatoire)

Date et signature  
 du remplaçant (obligatoire)

**Zone réservée au CDYOM**