



**Conseil Départemental de l'Isère
de l'Ordre des Médecins**

A adresser au conseil départemental au tableau duquel vous êtes inscrit(e)

Cocher obligatoirement l'une des deux cases

☐ Demande initiale d'exemption de garde

☐ Renouvellement de la demande d'exemption

I. Identification du demandeur :

Nom :

Prénom :

Né(e) le |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

N° départemental d'inscription au Tableau de l'Ordre :

Adresse professionnelle :

Code postal |__|__|__|__| Commune :

N° de téléphone * *obligatoire* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse électronique * *obligatoire* :

II. Demande :

Je soussigné(e),, sollicite une exemption de permanence des soins :

Cocher obligatoirement l'une des deux cases

☐ Partielle

☐ Totale

à compter du |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| (préciser la date à compter de laquelle le demandeur souhaite être exempté).

III. Motifs de la demande : *Cocher obligatoirement l'une des cases*

☐ En raison de l'âge :



**Conseil Départemental de l'Isère
de l'Ordre des Médecins**

☐ En raison de l'état de santé :

☐ En raison de conditions particulières d'exercice :

☐ En cas de grossesse : *A remplir obligatoirement **

Date d'accouchement le |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|.

IV. Liste des pièces à joindre au dossier :

Toutes pièces utiles à l'examen du dossier. Préciser lesquelles :

V. Signature :

Je soussigné(e),, certifie l'exactitude de l'ensemble des informations fournies ou joints au présent formulaire.

PS : *A réception de votre demande de dispense, un conseiller ordinal pourra vous contacter et nous restons à votre disposition pour toutes questions.*

Fait le |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__, à