

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

Article R6315-4 du code de la santé publique

☐ Demande initiale d'exemption de garde

Cocher obligatoirement l'une des deux cases

☐ 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 ____ ; ____

Fixe

Mobile

Adresse électronique :

II – Demande et motifs de la demande

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

Cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous

☐ Partielle

Texte libre

☐ Totale

Texte libre

à compter du ____/____/____ **(préciser la date à compter de laquelle le demandeur souhaite être exempté)**

Cocher obligatoirement une ou plusieurs des cases ci-dessous

- En raison de l'âge.....

Texte libre

- En raison de l'état de santé

Texte libre

- En raison de conditions particulières d'exercice

Texte libre

III - Signature

Je soussigné(e) (nom et prénom du demandeur)certifie
l'exactitude de l'ensemble des informations fournies ou joints au présent formulaire.

Fait le ____/____/____ à

IV - Liste des pièces à joindre au dossier

- Certificat médical (à joindre par courrier si formulaire renseigné en ligne)
- Toutes pièces utiles à l'examen du dossier ; préciser lesquelles :

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