

## ENREGISTREMENT DES AUXILIAIRES MÉDICAUX AU RÉPERTOIRE *ADELI*

Agence Régionale de Santé



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 formulaire, pré-rempli, de demande d'attribution 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

*Pour vous faire enregistrer au répertoire ADELI des professions de santé, vous devez  
présenter vos **diplômes, certificats, titres ou autorisations.***

## AUXILIAIRE MEDICAL

## VOTRE PROFESSION PARA-MÉDICALE

|    |                    |    |                         |    |                  |    |                           |
|----|--------------------|----|-------------------------|----|------------------|----|---------------------------|
| 26 | Audioprothésiste   | 95 | Diététicien             | 85 | Epithésiste      | 94 | Ergothérapeute            |
| 60 | Infirmier          | 69 | Infirmier psychiatrique | 98 | Manipulateur ERM | 84 | Oculariste                |
| 28 | Opticien Lunetier  | 83 | Orthopédiste-orthésiste | 91 | Orthophoniste    | 81 | Orthoprothésiste          |
| 92 | Orthoptiste        | 82 | Podo-orthésiste         | 96 | Psychomotricien  | 86 | Technicien de laboratoire |
| 31 | Assistant dentaire |    |                         |    |                  |    |                           |

# ÉTAT CIVIL

|                   |             |                        |  |       |                   |
|-------------------|-------------|------------------------|--|-------|-------------------|
| Civilité          | Mme         | M.                     |  |       |                   |
| Nom d'exercice    |             |                        |  |       |                   |
| Prénoms           |             |                        |  |       |                   |
| Nom de naissance  |             |                        |  |       |                   |
| Lieu de naissance |             |                        |  | Dept  | Date (JJ-MM-AAAA) |
| Nationalité       | Française   | UE, AELE, EEE précisez |  | Autre |                   |
| Domicile          |             |                        |  |       |                   |
|                   |             |                        |  |       |                   |
|                   | Code postal | Commune                |  | Tél   |                   |
| e-mail            |             |                        |  |       |                   |
| Langues parlées   |             |                        |  |       |                   |

## SITUATION PROFESSIONNELLE

| Première année d'activité diplômée |                                      |    | Département précédent                |    |  |    |               |
|------------------------------------|--------------------------------------|----|--------------------------------------|----|--|----|---------------|
| Votre situation professionnelle    |                                      |    |                                      |    |  |    |               |
| 10                                 | libéral                              | 20 | salarié                              | 40 | autre actif<br>(recherche d'emploi, autre actif) | 70 | autre inactif |
| 11                                 | Indépendant<br>Artisan<br>commerçant | 30 | activité mixte<br>(libéral/salariée) | 60 | retraité   |    |               |

## TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELS

## Diplôme autorisant l'exercice

|                                |  |                                |  |                  |  |
|--------------------------------|--|--------------------------------|--|------------------|--|
| Numéro de diplôme              |  |                                |  | Date d'obtention |  |
| Lieu d'obtention               |  |                                |  |                  |  |
| Type de diplôme                | <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> UE <input type="radio"/> Etranger | Date d'autorisation d'exercice |  |                  |  |
| Avez-vous une spécialisation ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non                                    | <input type="text"/> (années)  |  |                  |  |
| Précisez                       |  |                                |  |                  |  |

## Attestations de capacité à exercer

Agrément ministériel (ministère chargé de la Santé, ministère chargé des Anciens Combattants)

### Agrément des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM)

Agrément (correspondant aux titres mentionnés dans la loi réglementant la profession de diététicien ou dans le décret de mise en œuvre des professions de l'appareillage)

## ACTIVITES PROFESSIONNELLES EXERCEES

Remplissez les cadres correspondant à vos activités - Cochez d'une croix votre **activité principale** à laquelle vous consacrez, actuellement, le plus de temps

### ACTIVITES DU SECTEUR LIBÉRAL

**REPLAÇANT EXCLUSIF** (ne remplissez aucun des cadres ci-dessous)

Date de début

#### EXERCICE EN CABINET

De groupe, SCM, association

Individuel

Nom ou raison sociale

Date d'installation

Adresse

(JJ-MM-AAAA)

Code postal

Commune

Société d'exercice

SCP

SEL

AUTRE

Tél

Fax

e-mail

N° SIRET de la société

Cabinet secondaire

Ou

Autre implantation de la société

Adresse

Code postal

Commune

Tél

Fax

e-mail

### ACTIVITES SALARIÉES

#### EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS (public ou privé)

Nom ou raison sociale

Date de prise de fonction

Adresse

(JJ-MM-AAAA)

Code postal

Commune

Tél

Fax

e-mail

#### AUTRE EXERCICE SALARIÉ

Nom ou raison sociale

Date de prise de fonction

Adresse

(JJ-MM-AAAA)

Code postal

Commune

Tél

Fax

e-mail

N° SIRET de la société

### ACTIVITÉS INDÉPENDANTES

Nom ou raison sociale

Date de début d'activité

Adresse

(JJ-MM-AAAA)

Code postal

Commune

Tél

Fax

e-mail

N° SIRET de la société

#### RÉSERVÉ à L'ARS

Date d'enregistrement

(JJ-MM-AAAA)

Numéro Adeli

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce document

Date :

(JJ-MM-AAAA)

Signature :

Articles L.4311-15, L.4321-10, L.4322-2, L.4333-1, L.4341-2, L.4342-2, L.4352-1, L.4361-2, L. 4362-1, L.4371-5, **D.4364-18**, L.4393-8

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 :

- audioprothésiste ;
- diététicien ;
- épithésiste ;
- ergothérapeute ;
- infirmier ;
- infirmier psychiatrique ;
- manipulateur d'électro-radiologie médicale ;
- oculariste ;
- opticien-lunetier ;
- orthopédiste-orthésiste ;
- orthophoniste ;
- **orthoprothésiste ;**
- orthoptiste ;
- podo-orthésiste ;
- psychomotricien ;
- technicien de laboratoire ;
- Assistant dentaire.

#### **Article 4 du décret n° 72-38 du 11 janvier 1972 relatif à l'organisation de la défense dans les domaines sanitaire et social**

Pour assurer dans le cadre de la défense civile le fonctionnement des services placés sous son autorité ou son contrôle direct, et pour assurer notamment le fonctionnement des formations sanitaires civiles de défense, le ministre chargé de la santé publique dispose des personnels appartenant aux catégories professionnelles visées par le Code de la Santé publique et le Code de la Famille et de l'Aide sociale, ainsi que des personnels qui concourent à l'action sociale ; il peut mettre certains de ces personnels à la disposition d'autres ministres. Il peut utiliser d'autres catégories de personnels, mis à sa disposition, le cas échéant, par les ministres dont ceux-ci relèvent et auxquels il a fait connaître ses besoins.

Il établit et tient à jour, dès le temps de paix, un recensement des personnels visés aux livres IV, V et IX du Code de la Santé Publique et au titre VI du Code de la Famille et de l'Aide sociale.

Il prépare la mise à sa disposition des personnels qui lui sont nécessaires pour assumer ses tâches de défense :

- soit en préparant leur réquisition ;
- soit en préparant leur mise sous statut de défense, par le moyen de l'affectation de défense individuelle ou collective dans les conditions fixées par le décret susvisé du 23 novembre 1962.

## ***IMPORTANT***

**Vous remplirez ce questionnaire page 2 et page 3.  
Imprimez-le en double et gardez-en 1 exemplaire**

1. Enfoncez la touche **TAB** : vous pourrez avec cette touche descendre d'une zone de remplissage à la suivante. Vous passerez aussi dans les cases à cocher, que vous pourrez cocher avec la touche **ENTRÉE**.
2. Pour remonter d'une zone à l'autre : **MAJ+TAB**.
3. Vous pouvez également **cliquer** directement dans les zones à renseigner et dans les cases à cocher choisies.
4. Pour **décocher** une case non obligatoire : cliquer dans la case ou appuyer sur la touche **ENTRÉE**.
5. Lorsque vous imprimerez, **cochez** dans la fenêtre **IMPRIMER** la case "Annotations" ou "Commentaires".
6. N'oubliez pas la **SIGNATURE** (à la main) dans la zone prévue.
7. En bas de la page 2 et 3, un bouton **EFFACER TOUT** vous permet de vider les zones de leurs données et de retrouver un formulaire vierge.