

## ENREGISTREMENT DES MÉDECINS AU RÉPERTOIRE *ADELI*

Direction départementale  
des Affaires sanitaires et sociales



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, prérempli, de demande d'attribution de Carte de Professionnel de Santé (CPS) ;
- Établir la liste départementale des praticiens et l'insérer dans le recueil des actes administratifs (art. L. 4113-2 du Code de la Santé publique) ;
- Mieux vous informer sur la démographie de votre profession ;
- Mettre en place des dispositifs de défense et de protection sanitaire des populations civiles (décret n° 72-38 du 11 janvier 1972, circulaire interministérielle du 5 février 1952).

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 départemental  
des Affaires sanitaires et sociales,*

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 la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales.

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



# MÉDECIN

Les chiffres entre parenthèses renvoient aux explications figurant en page 4

## ÉTAT CIVIL

 Mme     Mlle     M

Veuillez indiquer votre nom d'exercice \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

*Souligner le prénom usuel*

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Commune

Dépt \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

(JJ-MM-AA)

Votre nationalité  Française  UE, AELE, EEE *précisez* \_\_\_\_\_

Autre

Votre domicile \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Commune

e-mail \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Langues parlées \_\_\_\_\_

## SITUATION PROFESSIONNELLE

Votre situation professionnelle (1) \_\_\_\_\_

**Vous êtes :**

Inscription à l'Ordre du département actuel d'exercice \_\_\_\_\_

Expert auprès des tribunaux

Exercice dans organisme d'assurance privée

Date \_\_\_\_\_

(JJ-MM-AA)

Numéro \_\_\_\_\_

Agréé spécialiste

Acupuncture

Agréé généraliste

Homéopathie

Département d'exercice précédent \_\_\_\_\_ 1 ère année d'activité diplômée \_\_\_\_\_

## TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELS

### Thèse de doctorat ou diplôme autorisant l'exercice

Date d'obtention \_\_\_\_\_

Lieu d'obtention \_\_\_\_\_

Type de diplôme  Français  UE  Étranger : \_\_\_\_\_ Date d'autorisation d'exercice \_\_\_\_\_

Exercez-vous la médecine générale ?  Non  Oui

Exercez-vous une spécialité ?  Non  Oui  avec DES ou qualification ordinale (2)  avec titre hospitalier ou universitaire

intitulé \_\_\_\_\_

année \_\_\_\_\_

Avez-vous des compétences reconnues par l'Ordre ?  Non

intitulé \_\_\_\_\_

année \_\_\_\_\_

reconnues par l'Ordre ?  Oui

intitulé \_\_\_\_\_

année \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres diplômes non qualifiants ?  Non **DESC**

intitulé \_\_\_\_\_

année \_\_\_\_\_

non qualifiants ?  Oui

intitulé \_\_\_\_\_

année \_\_\_\_\_

**Capacité**

intitulé \_\_\_\_\_

année \_\_\_\_\_

intitulé \_\_\_\_\_

année \_\_\_\_\_

## ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EXERCÉES

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

### ACTIVITÉS DU SECTEUR LIBÉRAL

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

Date de début \_\_\_\_\_

**EXERCICE EN CABINET**

Individuel  de groupe, SCM, association

Nom ou raison sociale \_\_\_\_\_

Date installation \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Société d'exercice :

SCP  SEL  SELARL

Code postal \_\_\_\_\_

Commune

SELAFA  SELCA  Autre

Tél. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

N° SIRET de la société

e-mail \_\_\_\_\_

**Cabinet secondaire**  ou autre implantation de la société

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Commune

Tél. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ DE SANTÉ (hors PSPH)  
ou MÉDICO-SOCIAL**

Nom ou raison sociale \_\_\_\_\_ Date installation \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Étes-vous responsable de l'établissement ?  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  Oui  Non   
Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Étes-vous salarié de l'établissement ?  
e-mail \_\_\_\_\_  Oui  Non

**EXERCICE EN LABM PRIVÉ**

Date installation \_\_\_\_\_  
Nom du laboratoire \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Section au tableau \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Vous êtes : directeur  directeur-adjoint   
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_ autre   
Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Exercez-vous comme salarié ?  
e-mail \_\_\_\_\_  Oui  Non

**EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ (inclus PSPH)  
ou MÉDICO-SOCIAL**

Nom ou raison sociale \_\_\_\_\_ Date prise de fonction \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Quel est votre statut ? \_\_\_\_\_ (3)  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_ Exercez-vous une activité libérale à l'hôpital ?  
Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  Non  Oui   
e-mail \_\_\_\_\_ Date de contrat \_\_\_\_\_

**AUTRE EXERCICE SALARIÉ**

N° SIRET de la société \_\_\_\_\_  
Nom ou raison sociale \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Date prise de fonction \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Secteur : Prévention  Adm.   
e-mail \_\_\_\_\_ Coll. ter.  Sec. soc.  Autre

**RÉSERVÉ  
à la DDASS**

Date d'enregistrement

\_\_\_\_\_

Numéro ADELI

\_\_\_\_\_

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

Date \_\_\_\_\_

Signature :

## RENOIS

### (1) Situation professionnelle

Reporter le code ci-dessous correspondant à votre situation

- 10 Libéral exclusif (ou intégral)
- 20 Salarié exclusif (ou intégral)
- 30 Activité mixte (libérale et salariée)
- 40 Autre actif (n'exerçant pas, bénévole,...)
- 60 Retraité
- 70 Autre inactif

### (2) Qualification ordinale

Concerne :

- Qualifié spécialiste
- Qualifié compétent exclusif
- Diplôme d'études spécialisées complémentaires qualifiant

### (3) Statut hospitalier

Reporter le code ci-dessous correspondant à votre statut

- 101 PUPH
- 103 MCU-PH
- 201 PHU
- 301 PHPT
- 302 PHTP
- 401 Chef de clinique assistant des hôpitaux
- 402 Assistant hospitalo-universitaire
- 501 Assistant des hôpitaux
- 502 Attaché des hôpitaux
- 503 Praticien contractuel
- 504 Praticien adjoint contractuel

#### Article L. 4113-1 du Code de la Santé publique

Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois de leur établissement, de faire enregistrer sans frais leur diplôme à la préfecture ou sous-préfecture (DDASS) et au greffe du tribunal de grande instance. En cas de changement d'établissement, il doit être procédé à un nouvel enregistrement du titre.

Il en est de même dans le cas du praticien qui, ayant interrompu depuis deux ans l'exercice de sa profession, désire reprendre cet exercice.

#### Article L. 4113-2 du Code de la Santé publique

Il est établi chaque année, dans les départements, par les soins des préfets, des listes distinctes des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, portant pour chacun d'eux le nom, prénom, la résidence professionnelle, la date et la provenance du diplôme, la date d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins, chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

Cette dernière mention n'est portée ni pour les médecins du cadre actif du service de santé des armées de terre, de mer et de l'air, ni pour les médecins fonctionnaires n'ayant pas de clientèle privée.

Les listes sont, chaque année, insérées au recueil des textes administratifs de la préfecture et affichées chaque année, au mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées conformes sont transmises au ministère de la Santé publique et de la Population, au conseil national de l'Ordre et au conseil régional intéressé.

#### 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.**

***Imprimez cette page pour suivre les instructions***

Pour renseigner ce formulaire à l'écran, allez page 4.

**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** - Afin de n'oublier aucune réponse **obligatoire**, cliquez sur le bouton **VALIDER** (en bas de la page 3) qui affichera les zones non renseignées.

**6** - Lorsque vous imprimerez, **décochez** dans la fenêtre **IMPRIMER** la case "Commentaires" ou "Annotations".

**7** - N'oubliez pas la **SIGNATURE** (à la main) dans la zone prévue.

**8** - En bas de la page 3, un bouton **EFFACER TOUT** vous permet de vider les zones de leurs données et de retrouver un formulaire vierge.