



# REPLAÇANT : AUXILIAIRE MEDICAL NON INSTALLE

## Demande d'attribution de Carte de Professionnel de Santé F Auxiliaire médical non installé



### 1. Identification du porteur

N° ADELI			
Civilité	M.	Mme	
Nom de famille			
Prénom(s)			
Nom d'usage			
Prénom usuel			
Profession	Orthophoniste	Orthoptiste	
Langues parlées par ordre de préférence			
Adresse de correspondance	N°	Type de voie (avenue, rue...)	
	Libellé de la voie		
	Code postal	Commune	
	Pays		
Adresse courriel			
Téléphone			

Je certifie avoir lu et accepté les [conditions générales d'utilisation relatives aux moyens d'identification électronique](#).

Je certifie exactes les informations mentionnées ci-dessus. Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction de votre demande ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé.

Date	Date
Signature du Professionnel de Santé	Cachet de l'ARS (Agence Régionale de Santé)

Ce formulaire est à envoyer **signé et daté, avec le cachet de l'ARS**, à l'adresse mail suivante :

[monserviceclient.cartes.remplacant@esante.gouv.fr](mailto:monserviceclient.cartes.remplacant@esante.gouv.fr)

Pour toutes questions relatives à ce formulaire, vous pouvez utiliser cette même adresse mail.