

## ENREGISTREMENT DES AUXILIAIRES MÉDICAUX 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) ;

- 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 départemental   
des affaires sanitaires et sociales

Le traitement informatique du répertoire ADELI (après avis de la C.N.I.L. n° 98-29 du 24/03/1998) est mis en oeuvre sous la responsabilité de la D.R.E.E.S. (ministère chargé de la santé) par l'arrêté du 27/05/1998 précisant sa finalité et les destinataires des informations. Conformément à la loi Informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la D.D.A.S.S. où vous êtes enregistré.

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

# AUXILIAIRE MÉDICAL

## VOTRE PROFESSION PARA-MÉDICALE

26 <input type="checkbox"/> Audio-prothésiste	69 <input type="checkbox"/> Infirmier psychiatrique	28 <input type="checkbox"/> Opticien-lunetier	92 <input type="checkbox"/> Orthoptiste
85 <input type="checkbox"/> Epithésiste	98 <input type="checkbox"/> Manipulateur ERM	83 <input type="checkbox"/> Orthopédiste-orthésiste	80 <input type="checkbox"/> Pédicure-podologue
94 <input type="checkbox"/> Ergothérapeute	70 <input type="checkbox"/> Masseur- kinésithérapeute	91 <input type="checkbox"/> Orthophoniste	82 <input type="checkbox"/> Podo-orthésiste
60 <input type="checkbox"/> Infirmier	84 <input type="checkbox"/> Oculariste	81 <input type="checkbox"/> Orthoprothésiste	96 <input type="checkbox"/> Psychomotricien

## ÉTAT CIVIL

Mme  Melle  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  Tél.

e-mail

Langues parlées

## SITUATION PROFESSIONNELLE

Première année d'activité diplômée  Votre département d'exercice précédent

Votre situation professionnelle 10  libéral 20  salarié 40  autre actif (bénévole, recherche d'emploi, autre actif) 70  autre inactif  
11  indépendant, artisan, commerçant 30  activité mixte (libérale ou salariée) 60  retraité

## TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELS

### Diplôme autorisant l'exercice

Numéro de diplôme  Date d'obtention

Lieu d'obtention

Type de diplôme  Français  UE  Étranger : Date d'autorisation d'exercice  (JJ-MM-AA)

Avez-vous une spécialisation ?  Non  Oui  (année)

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
- Autre (correspondant aux titres mentionnés dans le décret de mise en oeuvre des professions de l'appareillage...)

# 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 \_\_\_\_\_  
(JJ-MM-AA)

**EXERCICE EN CABINET**

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

Adresse \_\_\_\_\_

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

Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

Société d'exercice :  
SCP  SEL  Autre

N° SIRET de la société \_\_\_\_\_

cabinet secondaire      ou       autre implantation de la société

Adresse \_\_\_\_\_

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

Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

## ACTIVITÉS SALARIÉES

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

Nom ou raison sociale \_\_\_\_\_ Date prise de fonction \_\_\_\_\_  
(JJ-MM-AA)

Adresse \_\_\_\_\_

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

Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

**AUTRE EXERCICE SALARIÉ**

N° SIRET de la société \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_ Date prise de fonction \_\_\_\_\_  
(JJ-MM-AA)

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

Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

**ACTIVITÉS INDÉPENDANTES**

N° SIRET de la société \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_ Date début d'activité \_\_\_\_\_  
(JJ-MM-AA)

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

Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

**RÉSERVÉ à la DDASS**

Date d'enregistrement \_\_\_\_\_  
(JJ-MM-AA)

Numéro ADELI \_\_\_\_\_

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

Date \_\_\_\_\_  
(JJ-MM-AA)

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, D. 4364-18 issus du code de la santé publique.**

Les textes référencés ci-dessus définissent les conditions d'exercice et d'inscription sur les listes professionnelles mises à disposition en DDASS pour les professions suivantes :

- audioprothésiste ;
- épithésiste ;
- ergothérapeute ;
- infirmier ;
- infirmier psychiatrique ;
- manipulateur d'électro-radiologie médicale ;
- masseur-kinésithérapeute ;
- oculariste ;
- opticien-lunetier ;
- orthopédiste-orthésiste ;
- orthophoniste ;
- orthoprothésiste ;
- orthoptiste ;
- pédicure-podologue ;
- podo-orthésiste ;
- psychomotricien.

**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.

Pour imprimer ce formulaire : dans la boîte de dialogue IMPRIMER, sélectionner  **IMPÉRATIVEMENT** "Document et annotations"  ou "Commentaires"

## **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, **cochez** dans la fenêtre **IMPRIMER** la case "Annotations" ou "Commentaires".

**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.