

N° d'inscription à l'ordre : .....

Dossier complet :  oui  non

Date de l'inscription au tableau : .....

Collège :  Public  Privé  Libéral

### Exercice Mixte

## Demande d'inscription au tableau de l'Ordre National des Infirmiers

Formulaire réservé aux infirmiers ayant un exercice mixte (salarié + libéral)

**A REMPLIR EN MAJUSCULES**

N° du département de mon exercice principal : .....

### 1 ÉTAT CIVIL

Mme  M.

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

*Nom utilisé dans la vie courante (épouse, veuve, divorcée).*

Prénoms : .....

*Souligner le prénom usuel.*

Nom et prénom d'exercice : .....

*Nom et prénom utilisés dans l'exercice de la profession.*

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

*Nom de la ville.*

N° de département du lieu de naissance : ..... Pays de naissance : .....

Nationalité actuelle : .....

Le cas échéant, la date d'acquisition de la nationalité française : ..... / ..... / .....

### Adresse de correspondance : (adresse précise d'expédition du courrier)

.....  
N° d'appartement ou de boîte aux lettres - Étage - Couloir - Escalier

.....  
Entrée - Tour - Bâtiment - Immeuble - Résidence - Zone industrielle

.....  
N° et libellé de la voie (rue, avenue, boulevard...)

.....  
BP - lieu-dit

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : ..... Portable : .....

Téléphone fixe : .....

Courriel (mention obligatoire) : .....

Votre N° ADELI : .....

*Si en votre possession.*

**N.B. Si vous n'êtes pas déjà enregistré(e) auprès de l'ARS, vous devez le faire au plus vite et nous communiquer aussitôt votre n° ADELI : il est obligatoire pour exercer.**

## 2 DIPLÔME D'INFIRMIER

Intitulé : .....

*Si diplôme étranger, l'inscrire dans la langue d'origine.*

Date de l'obtention du diplôme : ..... / ..... / ..... N° diplôme : .....

Lieu d'obtention : .....  
*lieu figurant sur votre diplôme*

Pays de délivrance : .....

## 3 ÉVENTUELLE AUTORISATION D'EXERCICE DÉLIVRÉE PAR LE PRÉFET DE RÉGION (Si diplôme non équivalent au DE français)

Date de délivrance de l'autorisation : ..... / ..... / .....

Par le préfet de la région de : .....

## 4 AUTRES DIPLÔMES TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS EN LIEN AVEC LA PROFESSION

*Autres diplômes professionnels, spécialité, compétence, capacité.*

Intitulé : ..... DE  spécialité  compétence  capacité

Date d'obtention : ..... / ..... / .....

Organisme formateur : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Date d'abandon de cet exercice *(le cas échéant)* : ..... / ..... / .....

Intitulé : ..... DE  spécialité  compétence  capacité

Date d'obtention : ..... / ..... / .....

Organisme formateur : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Date d'abandon de cet exercice *(le cas échéant)* : ..... / ..... / .....

## 5 LANGUES ÉTRANGÈRES PARLÉES COURAMMENT (facultatif) :

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

## 6.1 EXERCICE PROFESSIONNEL : Mode d'exercice salarié

Vous exercez à temps plein OUI  NON  Si NON : pourcentage de temps : ..... %

Date de votre dernière embauche : ..... / ..... / .....

Fonction : .....  
*Inscrite sur la fiche de paye*

Raison sociale de l'employeur : .....  
*Nom de l'établissement*

N° de FINESS : ..... ou N° de SIRET : .....  
*Si inscrit sur la fiche de paye* *Si disponible*

### Adresse de l'activité :

.....  
*Nom de l'établissement*

.....  
*Nom du service - Étage - Couloir - Escalier*

.....  
*N° et libellé de la voie (rue, avenue, boulevard...)*

.....  
*BP - lieu-dit*

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Poste : .....

### Vous faites partie de l'une des trois Fonctions publiques (hospitalière, territoriale ou de l'Etat) :

Statut : Titulaire  Stagiaire  Contractuel

### Vous exercez dans le secteur privé :

Votre contrat : CDI  CDD  Vacataire  Intérimaire

### Autre situations :

Bénévole uniquement  Réserve Sanitaire  Retraité(e) sans activité

## 6.2 Mode d'exercice libéral

Non conventionné

Conventionné

**Exercice Individuel :**

Titulaire

Collaborateur

(si remplaçant, voir page 5)

**Exercice en groupe :**

SCM

Association

(pour les sociétés d'exercice, voir page 5)

Date début d'activité : ..... / ..... / .....

### Adresse du cabinet :

.....  
N° d'appartement ou de boîte aux lettres - Étage - Couloir - Escalier

.....  
Entrée - Tour - Bâtiment - Immeuble - Résidence - Zone industrielle

.....  
N° et libellé de la voie (rue, avenue, boulevard...)

.....  
BP - lieu-dit

Code postal : .....

Ville : .....

Tél. professionnel : .....

Portable : .....

Courriel professionnel : .....

*Si différent du courriel personnel*

**Cabinet secondaire :** NON  OUI

### Si oui adresse du cabinet secondaire :

.....  
N° d'appartement ou de boîte aux lettres - Étage - Couloir - Escalier

.....  
Entrée - Tour - Bâtiment - Immeuble - Résidence - Zone industrielle

.....  
N° et libellé de la voie (rue, avenue, boulevard...)

.....  
BP - lieu-dit

Code postal : .....

Ville : .....

Tél. professionnel : .....

## Si vous exercez en secteur libéral avec le statut de remplaçant(e) :

De façon permanente : OUI  NON

Date de délivrance de l'autorisation : ..... / ..... / .....

*Par l'ARS ou par le conseil de l'Ordre.*

Nom de l'infirmier(e) remplacé(e) : .....

Son prénom : ..... Son N° ordinal : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse du cabinet : .....

*N° d'appartement ou de boîte aux lettres - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle*

.....  
*N° et libellé de la voie (rue, avenue, boulevard...)*

.....  
*BP - lieu-dit*

Code postal : ..... Ville : .....

## Si remplacement dans un autre cabinet :

Nom de l'infirmier(e) remplacé(e) : .....

Son prénom : ..... Son N° ordinal : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse du cabinet : .....

*N° d'appartement ou de boîte aux lettres - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle*

.....  
*N° et libellé de la voie (rue, avenue, boulevard...)*

.....  
*BP - lieu-dit*

Code postal : ..... Ville : .....

**Vous exercez en société :** SCP  SELARL ou SELARLU  SELAS

Nom de la société : .....

N° d'inscription de la société à l'ordre : .....

**Adresse de la société :** .....

*N° d'appartement ou de boîte aux lettres - Étage - Couloir - Escalier*

.....  
*Entrée - Tour - Bâtiment - Immeuble - Résidence - Zone industrielle*

.....  
*N° et libellé de la voie (rue, avenue, boulevard...)*

.....  
*BP - lieu-dit*

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. de la société : ..... Portable : .....

N° SIRET : ..... Nombre d'associés : .....

## 7 Reproduire à la main, dans le cadre ci-dessous, la phrase :

« Je déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au tableau de l'Ordre n'est en cours à mon encontre. »

**Conformément à l'article R-79 du code de la santé publique, un extrait de casier judiciaire n°2 est obligatoire pour la constitution de votre dossier. L'Ordre se chargera de le demander au service du Casier Judiciaire National.**

**Pour les personnes nées hors de France uniquement,** merci de communiquer ici :

Nom du père : ..... Prénom du père : .....

Nom de la mère : ..... Prénom de la mère : .....

## 8 Reproduire à la main, dans le cadre ci-dessous, la phrase :

« J'affirme avoir pris connaissance du code de déontologie des infirmiers et je fais serment de le respecter. »

La loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification à vos données saisies dans notre base de données. Ce droit s'exerce auprès du Conseil départemental ou Interdépartemental de l'Ordre qui vous a inscrit.

Vous pouvez, en cochant la case ci-après, vous opposer à ce que vos noms et adresses soient utilisés par l'Ordre pour figurer sur l'annuaire en ligne des infirmiers.

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci dessus.**

**Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.**

**Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre national des infirmiers, dans le département de mon exercice principal :**

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

SIGNATURE :

## PIÈCES À FOURNIR PAR LES INFIRMIERS POUR L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

**IMPÉRATIF - NE RIEN AGRAFER - FORMAT A4 (210x297 mm) - IMPÉRATIF**

- Le présent formulaire dûment rempli et signé.
- Photocopie **recto-verso** d'une pièce d'identité en cours de validité. (carte nationale d'identité, passeport ou extrait d'acte de naissance <https://mdel.mon.service-public.fr/acte-etat-civil.html> datant de moins de trois mois).
- Photocopie **recto-verso** de votre diplôme d'Etat français ou d'un autre diplôme reconnu équivalent au niveau européen.
- Si vous êtes membre d'un Etat de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen et que vous n'avez pas l'un de ces diplômes : photocopies des titres de formation, attestation ou certificat et éventuellement autorisation d'exercice prévus par le code de la santé publique (accompagnés le cas échéant d'une traduction, faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives desdits Etats).
- Si vous êtes ressortissant(e) d'un Etat étranger**, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de votre Etat d'origine ou de provenance. **Si vous êtes ressortissant(e) d'un Etat de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen** qui exige une preuve de moralité ou d'honorabilité, cet extrait peut être remplacé par une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de votre Etat d'origine ou de provenance certifiant que vous remplissez ces conditions de moralité ou d'honorabilité.
- Photocopie de vos autres diplômes infirmiers éventuels (facultatif).
- Un moyen de paiement du montant (**75 €**) de la cotisation ordinale pour la 1<sup>ère</sup> année : mandat SEPA (à télécharger sur le site <http://www.ordre-infirmiers.fr>) + RIB (prélèvement automatique) ou un chèque libellé à l'ordre de «*Ordre National des Infirmiers*». Ce paiement ne sera encaissé qu'après la décision d'inscription prononcée.
- Photocopie de l'avis de situation ADELI (le plus récent).
- Photocopie du haut de votre dernière feuille de paie, ou une attestation de travail, pour l'identification de votre (vos) employeur(s).
- Photocopies de votre ou vos contrats de travail actuels liés à votre exercice salarié (excepté pour les fonctionnaires, qui relèvent du statut de la fonction publique).
- Photocopie de votre attestation d'Assurance Responsabilité Civile Professionnelle en cours de validité.
- Photocopies de tous les contrats liés à l'exercice libéral (collaboration, remplacement, statuts des sociétés, etc.).
- Remplaçant(e) : Photocopie de l'autorisation de remplacement si délivrée antérieurement par l'ARS.

**Ce formulaire de 6 pages est à envoyer** (de préférence par lettre avec A.R.)  
accompagné des pièces indiquées ci-dessus à :

**Conseil national de l'Ordre des infirmiers  
Service des préinscriptions  
228, rue du Faubourg Saint Martin  
75010 PARIS**

**Ou par mail, en scannant séparément chaque pièce, à l'adresse suivante :**  
[moninscription@ordre-infirmiers.fr](mailto:moninscription@ordre-infirmiers.fr)

Si vous réglez par chèque, adressez parallèlement à votre mail votre règlement à l'adresse postale ci-dessus, en précisant vos nom et prénom d'exercice. Si vous optez pour le prélèvement automatique joignez simplement à votre mail le mandat SEPA ainsi qu'un RIB scannés.

(Pour tout renseignement vous pouvez contacter nos services du Lundi au Vendredi de 9h à 19 h au 01 70 60 72 53).