



**ORDRE DES MEDECINS  
CONSEIL DEPARTEMENTAL DES YVELINES**

1 RUE DE VERDUN – BATIMENT A – 78590 NOISY LE ROI  
Tél. : 01 30 80 82 82 - Fax. : 01 30 80 82 83  
contact@cdom78.org

Adresse de retour (à noter de manière lisible) :

Zone réservée au CDYOM

Envoyez vos annexes calendaires par courriel !  
Contact : billy.flora@78.medicin.fr

Nom Prénom :  
Adresse :  
CP Ville :

REEMPLACÉE

Nom – Prénom : N° URSSAF :  
Adresse :  
CP - Ville  
Etudiant  
Licence de remplacement n° .....  
de l'Ordre des Médecins de : .....  
Médecin thésé :  
Inscrit à l'Ordre des Médecins de .....  
sous le n° : .....  
Déclare :  ne pas être installé  être installé depuis le : .....  
 Chef de clinique ou assistant (Joindre impérativement une autorisation du  
Chef de service pour effectuer des remplacements en médecine libérale)

REEMPLACANTE

**1 – DATES DE REMPLACEMENT (HORS GARDES)**

**⚠** Merci de cocher les cases correspondantes, d'éviter les ratures et de ne pas omettre le(s) mois de remplacement

Mois :

|            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Matin      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Après midi |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

Mois :

|            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Matin      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Après midi |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

Mois :

|            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Matin      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Après midi |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**2 - REMPLACEMENT DE TOUR DE GARDES**

Dates exactes des gardes : (précisez la tranche horaire)

Date, cachet et signature  
du médecin remplacé (obligatoire)

Date et signature  
du remplaçant (obligatoire)

CACHET ORDINAL