



**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

Envoyez vos annexes calendaires par courriel !  
Contact : [billy.flora@78.medecin.fr](mailto:billy.flora@78.medecin.fr)

Adresse de retour (à noter de manière lisible) :

Zone réservée au CDYOM

Nom Prénom :  
Adresse :  
CP Ville :

REPLACÉ(E)

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)

REPLACANT(E)

**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 :

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

Date, cachet et signature  
du médecin remplacé (obligatoire)

Date et signature  
du remplaçant (obligatoire)

Zone réservée au CDYOM