

## INSCRIPTION SUR LA LISTE DES REMPLACANTS

Nous vous serions extrêmement reconnaissants de nous renvoyer le coupon ci-dessous, dûment rempli, seulement si vous souhaitez être inscrit(e) sur la liste des remplaçants. \*

### ETAT-CIVIL :

- NOM : .....
- NOM DE NAISSANCE : .....
- PRENOMS : .....
- ADRESSE PERSONNELLE : .....  
.....
- ADRESSE MAIL : .....
- TELEPHONE : .....

### ACTIVITE PRINCIPALE :

- Médecine générale
- Spécialiste  Préciser la spécialité .....

### STATUT ACTUEL :

- Thésé(e) :  N° d'Ordre .....
- Etudiant :  N° de licence .....

Département d'inscription : .....

*\* Une fois inscrit sur la liste, veuillez nous faire parvenir tout changement de situation qui ne vous permettrait plus d'y figurer. Merci.*