

**TABLEAU RECAPITULATIF REPRENANT TOUTES LES ACTIVITES MEDICALES EXERCEES**

Les activités en-dehors de la province ou du pays doivent également être mentionnées

Veillez à compléter également les mentions reprises dans le « NB »

NOM, Prénom : ..... N° d'inscription à notre Tableau : .....

| <i>Avant-midi</i>   | <b>LUNDI</b>                              | <b>MARDI</b>                              | <b>MERCREDI</b>                           | <b>JEUDI</b>                              | <b>VENDREDI</b>                           | <b>SAMEDI</b>                             |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Lieu d'activité :<br>Nom de l'Institut :<br>Adresse :<br>Code postal :<br>Téléphone : | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| Lieu d'activité :<br>Nom de l'Institut :<br>Adresse :<br>Code postal :<br>Téléphone : | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| <i>Après-midi</i>   |   |   |   |   |   |   |
| Lieu d'activité :<br>Nom de l'Institut :<br>Adresse :<br>Code postal :<br>Téléphone : | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| Lieu d'activité :<br>Nom de l'Institut :<br>Adresse :<br>Code postal :<br>Téléphone : | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |

**NB** - Etes-vous titulaire d'une fonction supérieure pour une organisation ?  
Si oui, laquelle : maître de stage, chef de service, médecin directeur...?

Date et signature

- Comment assurez-vous la continuité des soins médicaux dans **chacune de vos activités** ?

Je déclare que les renseignements repris  
ci-dessus sont véritables et complets

.....  
.....