



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

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

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

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

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

**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