

## Déclaration de reprise d'activité libérale

Ancien numéro de dossier :

Nom d'usage - Prénom : ..... Nom de famille : .....  
(nom marital) (nom de naissance)

Date de naissance :    Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Numéro de sécurité sociale :

Adresse du cabinet : .....

.....

Adresse du domicile : .....

.....

Tél : ..../..../..../..../..../..../..../..../..../..../..../ Mail : .....

**Profession para-médicale exercée en libéral :** .....

- **Date de reprise de l'activité libérale :**

- Autre profession commerciale, agricole, artisanale ou libérale : .....

- Date de début

- **Mode d'exercice de l'activité para-médicale :**

- Remplaçant  
*(remplir l'attestation annexée avec les dates de début et fin de remplacements effectués ou prévus).*
- Société d'exercice libéral  
(Sarl, Selas... joindre les statuts)
- Collaborateur, Assistant, SCP...

N° R.P.P.S.  
*(joindre l'attestation de l'Ordre professionnel)*

- **Exercice sous convention :** Oui  Non

- Adresse de la C.P.A.M. de rattachement au titre de l'Avantage Social Vieillesse (ASV) : .....

.....

- **Exercice simultané d'une autre activité dans un état membre de l'Union Européenne :** Oui  Non   
*(joindre formulaire A1)*

- **Bénéficiez-vous de l'ACCRES :** Oui  Non   
*(dans l'affirmative, joindre l'attestation délivrée par l'URSSAF).*

- **Bénéficiaire d'une retraite :** Non  Oui  Depuis le : ..../..../ ..../..../ ..../..../..../..../

Fait à ..... Le ..... **Signature**

## Attestation de remplacement

Je soussigné(e) : .....

Adresse personnelle : .....

.....

**Catégorie professionnelle :**

- Infirmier                       Masseur-Kinésithérapeute                       Pédicure-Podologue  
 Orthophoniste                       Orthoptiste

Certifie avoir effectué les remplacements suivants \* :

DATES *	NOMBRE DE JOURS	PROFESSIONNEL REMPLACÉ		ADRESSE DU CABINET	HONORAIRES PERÇUS
		N° TÉL	NOM PRÉNOM		

\* Préciser les dates de début et de fin de chaque remplacement.

Fait à.....Le..... Signature