



**ORDRE NATIONAL DES MEDECINS**  
Conseil départemental de l'Ordre des Médecins  
de la ville de Paris  
105 boulevard Pereire 75017 PARIS

Photographie  
d'identité

## DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

*Réservé à l'Ordre*

Conseil départemental : |\_|\_|

Date d'inscription : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date de 1ère inscription à l'Ordre : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Numéro départemental : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro RPPS : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### I. ETAT CIVIL ET SITUATION PERSONNELLE

#### 1. ETAT CIVIL

Nom de naissance : .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Nationalité : .....

Prénom de naissance : .....

Prénom(s) complémentaire(s) : .....

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lieu de naissance :

Nom d'usage\* : .....

Ville : .....

Nom d'exercice\*\* : .....

Département : .....

Prénom d'exercice\*\*\* : .....

Pays : .....

\* Le nom d'usage est celui utilisé dans la vie courante lorsqu'il diffère du nom de naissance.

\*\* Le nom d'exercice doit correspondre soit au nom de naissance soit au nom d'usage.

\*\*\* Le prénom d'exercice doit correspondre à l'un des prénoms inscrits dans l'acte de naissance ou à celui obtenu par une modification de l'état civil.

#### 2. SITUATION FAMILIALE (Ces renseignements facultatifs sont destinés à l'Entraide)

Célibataire  Marié(e)  PACS  Concubin(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Profession du conjoint : .....

Nombre et date de naissance des enfants : .....

#### 3. RETRAITE (Y compris si vous continuez d'exercer)

Date de retraite libérale : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date de retraite hospitalière : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date de retraite salariée : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### 4. LANGUES PARLEES (En plus du français)

#### 5. ADRESSE PERSONNELLE (Obligatoire pour les médecins non installés et sans activité)

Etage-Escalier-Appart. : .....

Tél. : .....

Immeuble-Bât.-Résidence : .....

Fax : .....

N° et libellé de la voie : .....

Mobile : .....

E-mail : .....

Lieu-dit - BP. : .....

CP. : ..... Ville : .....



## II. DIPLOMES, AUTORISATIONS ET QUALIFICATIONS

### 6. DIPLOME DE MEDECIN

- Français  
 Européen (d'un Etat de l'UE ou de l'EEE)  
 Suisse  
 Autre

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lieu d'obtention : Faculté : ..... Pays : .....

### 7. AUTORISATION MINISTERIELLE OUVRANT DROIT A L'EXERCICE EN FRANCE

Etes-vous titulaire d'une autorisation ministérielle d'exercice :  Oui  Non

Date de l'arrêté d'autorisation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 8. SPECIALITE(S) ACQUISE(S)

#### SPECIALITE(S) OBTENUE(S) EN FRANCE :

D.E.S : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Faculté : .....

D.E.S.C (groupe II) : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Faculté : .....

C.E.S : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Faculté : .....

Arrêté par équivalence du ministère (C.E.S, D.E.S) : .....

Date de l'arrêté : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Spécialité obtenue par voie de Commission de qualification : .....

Décision par le Conseil départemental : ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Décision par le Conseil national ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Spécialité obtenue par autorisation ministérielle d'exercice : .....

Date de l'arrêté d'autorisation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### SPECIALITE(S) OBTENUE(S) DANS UN ETAT DE L'UE OU DE L'EEE OU EN SUISSE :

• Spécialité obtenue : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pays d'obtention : .....

Université : .....

• Spécialité obtenue : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pays d'obtention : .....

Université : .....



## 9. QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE (NON SPECIALISTE)

### QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE OBTENUE EN FRANCE :

Résidanat

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

Qualification en médecine générale prononcée par le Conseil départemental (Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991)

Décision par le Conseil départemental : ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE OBTENUE DANS UN ETAT DE L'UE OU DE L'EEE OU EN SUISSE (droits acquis en médecine générale) :

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pays d'obtention : .....

Université : .....

## 10. COMPETENCE(S) QUALIFIANTE(S)

C.E.S : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

Compétence obtenue par voie de Commission de qualification : .....

Décision par le Conseil départemental : ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Décision par le Conseil national ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 11. DIPLOME(S) COMPLEMENTAIRE(S) NON QUALIFIANT(S)

D.E.S.C (groupe I) :

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

Droit d'exercice complémentaire (VAE ordinale) :

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Capacité(s) :

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....



## 12. TITRES ET AUTORISATIONS

Orientation en homéopathie

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

Orientation en acupuncture

Diplôme(s) interuniversitaire(s) (D.I.U) ou universitaire(s) (D.U) ouvrant droit au titre :

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

Titre d'ostéopathe :

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Titre de psychothérapeute :

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Autorisation d'exercer la médecine du travail (article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002) :

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



### III. SITUATION ADMINISTRATIVE

**13. MEDECINS APPARTENANT AUX CADRES ACTIFS DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES** (A ne renseigner que s'il s'agit d'une première inscription à l'Ordre)

Etes-vous ou avez-vous été inscrit au service de santé des armées :  Oui  Non

Si oui, précisez votre n° RPPS : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Si vous êtes délogé des cadres, précisez la date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**14. INSCRIPTION A UN CONSEIL DE L'ORDRE D'UNE AUTRE PROFESSION** (Chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens)

Etes-vous ou avez-vous été inscrit à un Conseil de l'Ordre d'une autre profession :  Oui  Non

Si oui, précisez pour quelle profession : .....

Si oui, précisez votre n° RPPS : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Précisez le cas échéant votre date de radiation : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**15. INSCRIPTION PRECEDENTE A UN TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS EN FRANCE**

1. Avez-vous été inscrit à un tableau de l'Ordre en France :  Oui  Non

Si oui, précisez le dernier département d'inscription : .....

2. Avez-vous fait l'objet d'un refus ou d'un retrait d'inscription en France :  Oui  Non

Si oui, précisez le dernier département ayant prononcé ce refus ou ce retrait ainsi que l'année : .....

**16. INSCRIPTION OU ENREGISTREMENT A UN ORDRE OU ORGANISME ASSIMILE DANS UN ETAT MEMBRE DE L'UNION EUROPEENNE OU PARTIE A L'ACCORD SUR L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN OU EN SUISSE**

1. Avez-vous ou êtes-vous inscrit ou enregistré dans un Etat membre de l'UE ou partie à l'accord sur l'EEE ou en Suisse :  Oui  Non

Si oui, précisez le ou les Etats d'inscription ou d'enregistrement ainsi que l'année : .....

2. Avez-vous fait l'objet d'un refus d'inscription ou d'enregistrement dans l'un de ces Etats :  Oui  Non

Si oui, précisez le ou les Etats ayant prononcé ce refus ainsi que l'année : .....

**17. INSCRIPTION OU ENREGISTREMENT A UN ORDRE OU ORGANISME ASSIMILE A L'ETRANGER (HORS UNION EUROPEENNE, ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN OU SUISSE)**

1. Avez-vous ou êtes-vous inscrit ou enregistré dans un pays à l'étranger :  Oui  Non

Si oui, précisez le ou les pays d'inscription ou d'enregistrement ainsi que l'année : .....

2. Avez-vous fait l'objet d'un refus d'inscription ou d'enregistrement dans l'un de ces pays :  Oui  Non

Si oui, précisez le ou les pays ayant prononcé ce refus ainsi que l'année : .....

**18. PRESTATION DE SERVICES**

Avez-vous ou êtes-vous enregistré sur la liste des médecins prestataires de services :  Oui  Non

Si oui, précisez la ou les années : .....

Si oui, précisez le numéro d'enregistrement : .....



## IV. SITUATION PROFESSIONNELLE

### 19. SITUATION PROFESSIONNELLE PREVUE DANS LE DEPARTEMENT

Veillez préciser sous quelle qualification vous sollicitez votre inscription :

- Médecine générale  
 Autre spécialité : .....

Veillez préciser ci-dessous votre situation professionnelle (ne cocher qu'une seule case) :

- Activité médicale régulière  
 Activité médicale intermittente ou remplacements réguliers (passer aux questions 22 et suivantes)  
 Préciser :  libérale et/ou  salariée  
 Aucune activité médicale (passer aux questions 22 et suivantes)

### 20. ADRESSE DE L'ACTIVITE LA PLUS IMPORTANTE EN TEMPS (ACTIVITE PRINCIPALE)

- Libéral  Hospitalier  Salarié  Bénévole  Temps plein  Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....

Date de début : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dénomination sociale : ..... Tél. : .....

..... Fax : .....

Etage-Escalier-Appart. : ..... Mobile : .....

Immeuble-Bât.-Résidence : ..... E-mail : .....

N° et libellé de la voie : .....  
.....

Lieu-dit - BP. : .....

CP. : ..... Ville : .....

### 21. AUTRE(S) LIEU(X) D'ACTIVITE (Au-delà de 2 autres lieux d'activité, veuillez les renseigner en page 10)

- Libéral  Hospitalier  Salarié  Bénévole  Temps plein  Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....

Date de début : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dénomination sociale : ..... Tél. : .....

..... Fax : .....

Etage-Escalier-Appart. : ..... Mobile : .....

Immeuble-Bât.-Résidence : ..... E-mail : .....

N° et libellé de la voie : .....  
.....

Lieu-dit - BP. : .....

CP. : ..... Ville : .....

- Libéral  Hospitalier  Salarié  Bénévole  Temps plein  Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....

Date de début : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dénomination sociale : ..... Tél. : .....

..... Fax : .....

Etage-Escalier-Appart. : ..... Mobile : .....

Immeuble-Bât.-Résidence : ..... E-mail : .....

N° et libellé de la voie : .....  
.....

Lieu-dit - BP. : .....

CP. : ..... Ville : .....



**22. PLAQUES ET ORDONNANCES** (Articles R. 4127-79 et R. 4127-81 du code de la santé publique)

Indiquer ci-dessous le libellé de vos plaques :

Indiquer ci-dessous le libellé de vos ordonnances :

**23. ANNUAIRES** (Article R. 4127-80 du code de la santé publique)

Veillez indiquer ci-dessous les mentions données aux annuaires téléphoniques ou à tout autre annuaire professionnel :

*Dans le cas où vous souhaiteriez faire paraître dans la presse une annonce d'installation, le libellé devra en être soumis, préalablement, à l'approbation du Conseil départemental de l'Ordre (article R. 4127-82 du code de la santé publique).*

**24. ADRESSES DE CORRESPONDANCE**

Pour recevoir le courrier de l'Ordre :

Adresse d'exercice principal       Adresse personnelle

Autre (précisez) : .....  
.....  
.....  
.....

Pour le RPPS (cette adresse servira pour l'envoi de la carte CPS, pour l'envoi de courriers par l'assurance maladie et les services du ministère chargé de la santé) :

Adresse d'exercice principal       Adresse personnelle

Autre (précisez) : .....  
.....  
.....  
.....



## V. SANCTIONS ET INSTANCES EN COURS

### 25. SANCTION(S) PRONONCEE(S) EN FRANCE

1. Une ou des sanctions à caractère définitif\* ont-elles été prononcées à votre encontre par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins :  Oui  Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

A quelle(s) date(s) : .....

Un ou des recours devant le Conseil d'Etat sont-ils en cours :  Oui  Non

2. Avez-vous fait l'objet de condamnation(s) pénale(s), civile(s) ou administrative(s) définitive(s)\* :

Oui  Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

A quelle(s) date(s) : .....

Un ou des recours devant le Conseil d'Etat ou la Cour de cassation sont-ils en cours :  Oui  Non

\* Décision de 1<sup>ère</sup> instance non frappée d'appel dans le délai de recours ou décision en appel frappée ou non d'un pourvoi.

### 26. SANCTION(S) PRONONCEE(S) HORS DE FRANCE

1. Une ou des sanctions à caractère définitif ont-elles été prononcées à votre encontre par un organisme professionnel à l'étranger :  Oui  Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

Précisez le ou les pays : .....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

A quelle(s) date(s) : .....

2. Avez-vous fait l'objet de condamnation(s) pénale(s), civile(s) ou administrative(s) définitive(s) à l'étranger :

Oui  Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

Précisez le ou les pays : .....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

A quelle(s) date(s) : .....

### 27. INSTANCE(S) EN COURS EN FRANCE

Une ou des instance(s) judiciaire(s), disciplinaire(s) ou devant la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins sont-elles actuellement en cours à votre égard :  Oui  Non

Si oui, devant quelle(s) juridiction(s) : .....

### 28. INSTANCE(S) EN COURS A L'ETRANGER

Une ou des instance(s) judiciaire(s) ou disciplinaire(s) sont-elles actuellement en cours à votre égard :

Oui  Non

Si oui, dans quel(s) pays : .....

Devant quelle(s) juridiction(s) : .....





**REPRODUIRE CI-DESSOUS DE FAÇON MANUSCRITE LA PHRASE SUIVANTE :**

« J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du code de déontologie médicale et je fais serment de le respecter. »

**REPRODUIRE CI-DESSOUS DE FAÇON MANUSCRITE LA PHRASE SUIVANTE :**

**(Uniquement si vous êtes tenu de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle en application des dispositions de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique)**

« J'affirme sur l'honneur avoir contracté une assurance responsabilité civile professionnelle en application de l'article L.1142-2 du code de la santé publique. »

Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre des médecins du département de .....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci-dessus et m'engage à signaler au Conseil départemental de l'Ordre toute modification de la situation que j'aurais déclarée et à répondre à toute demande de renseignements émanant de l'Ordre des médecins.

Je reconnais être informé(e) que le défaut de réponse aux questions ci-dessus est susceptible d'entraîner un refus d'inscription et que toute fausse déclaration peut donner lieu à des poursuites disciplinaires (article R. 4127-110 du code de la santé publique) ou pénales (article L. 4163-8 du code de la santé publique).

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Ces informations sont destinées au Conseil de l'Ordre des médecins et au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)<sup>1</sup>. Le responsable de ce traitement est le Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce traitement est destiné en premier lieu à tenir à jour le tableau des médecins inscrits et la liste de ceux ayant sollicités leur inscription. Il sert également à établir des listes de correspondance pour l'envoi du bulletin de l'Ordre et de diverses informations ordinaires, ainsi qu'à la réalisation d'études démographiques. Il sert par ailleurs à répondre à l'obligation prévue à l'article L. 4113-2 du code de la santé publique de porter à la connaissance du public la liste des médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Il peut également servir à vous adresser des informations strictement liées à l'exercice de la profession. Les informations recueillies peuvent également être transmises, à leur demande, aux instances représentatives de la profession des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi qu'à celles établies hors Union européenne.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, vous opposer à ce que des données vous concernant soient transmises à des tiers en vue de vous adresser des informations liées à l'exercice de votre profession, à l'exception de celles qui sont adressées au RPPS. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification ou d'opposition en vous adressant à votre Conseil départemental.

Je m'oppose à ce que les données me concernant soient transmises à des tiers.

Je m'oppose à ce que mes coordonnées professionnelles apparaissent dans l'annuaire figurant sur le site Internet du CNOM ou dans des applications informatiques développées par le CNOM.

<sup>1</sup> Conformément aux articles D. 4113-117 et suivants du code de la santé publique, le Conseil national de l'Ordre des médecins est tenu de mettre à jour le RPPS.



## Annexe A. AUTRES LIEUX D'ACTIVITE (cf. page 6)

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....					
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....					
Date de début : ____ / ____ / _____					
Dénomination sociale : .....			Tél. : .....		
.....			Fax : .....		
Etage-Escalier-Appart. : .....			Mobile : .....		
Immeuble-Bât.-Résidence : .....			E-mail : .....		
N° et libellé de la voie : .....			.....		
.....			.....		
Lieu-dit - BP. : .....			.....		
CP. : .....			Ville : .....		

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....					
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....					
Date de début : ____ / ____ / _____					
Dénomination sociale : .....			Tél. : .....		
.....			Fax : .....		
Etage-Escalier-Appart. : .....			Mobile : .....		
Immeuble-Bât.-Résidence : .....			E-mail : .....		
N° et libellé de la voie : .....			.....		
.....			.....		
Lieu-dit - BP. : .....			.....		
CP. : .....			Ville : .....		

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....					
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....					
Date de début : ____ / ____ / _____					
Dénomination sociale : .....			Tél. : .....		
.....			Fax : .....		
Etage-Escalier-Appart. : .....			Mobile : .....		
Immeuble-Bât.-Résidence : .....			E-mail : .....		
N° et libellé de la voie : .....			.....		
.....			.....		
Lieu-dit - BP. : .....			.....		
CP. : .....			Ville : .....		

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....					
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....					
Date de début : ____ / ____ / _____					
Dénomination sociale : .....			Tél. : .....		
.....			Fax : .....		
Etage-Escalier-Appart. : .....			Mobile : .....		
Immeuble-Bât.-Résidence : .....			E-mail : .....		
N° et libellé de la voie : .....			.....		
.....			.....		
Lieu-dit - BP. : .....			.....		
CP. : .....			Ville : .....		