



## Demande de Remplacement

**Par :**

Nom du remplaçant : \_\_\_\_\_

Un médecin N° d'ordre : \_\_\_\_\_ Département d'inscription \_\_\_\_\_

Un étudiant N° de licence : \_\_\_\_\_ Département d'inscription \_\_\_\_\_

Contrat de Remplacement : joint  en possession du Conseil de l'ordre

Annuel<sup>(\*)</sup>  temporaire

*(\*) Attention, pour les contrats signés avec les étudiants, le contrat annuel ne peut dépasser la date du 15 novembre de l'année en cours - date de fin de validité de leur licence de remplacement)*

**Veillez inscrire les dates de remplacement**

*Ne sont pas décomptés comme jours de remplacement : les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés, ainsi que les jours de gardes.*

*Réservé au CDOMJ*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**dont les gardes** *(si le remplaçant assure des gardes durant le remplacement, merci de préciser les tranches horaires)*

du _____	à _____	au _____	à _____
du _____	à _____	au _____	à _____
du _____	à _____	au _____	à _____
du _____	à _____	au _____	à _____
du _____	à _____	au _____	à _____
du _____	à _____	au _____	à _____

Le .....

Cachet ET signature du Médecin remplacé

Cadre réservé au Conseil de l'Ordre du Jura