



# Sages-femmes



**Simplifiez vos démarches !  
Créez votre compte sur internet  
dans votre espace sécurisé.  
Accédez à tous les services en ligne !**

## Déclaration d'affiliation



Numéro de dossier :

**ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES, S.V.P**

**Déclaration d'affiliation à retourner à la CARCDSF accompagnée de la photocopie de votre certificat d'inscription au tableau de l'Ordre**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SAGE-FEMME

Nom d'exercice :

Prénoms :

Nom de jeune fille :

Nom marital :

Nationalité :

Date de naissance :

Lieu de naissance complet : Ville :

Département : Pays :

Numéro de sécurité sociale :

Numéro de R.P.P.S :

Adresse personnelle \*:

Code postal :

Téléphone :

Télécopie :

E-mail :

Portable :

Adresse professionnelle \*:

Code postal :

Téléphone :

Télécopie :

E-mail :

\* Veuillez nous préciser à quelle adresse vous souhaitez recevoir votre correspondance en cochant la case correspondante.

CARCDSF—50 avenue Hoche—75381 Paris cedex 08  
Téléphone : 01 40 55 42 68      Télécopie : 01 40 55 63 39  
[www.carcdf.fr](http://www.carcdf.fr)—email : [relations@carcdsf.fr](mailto:relations@carcdsf.fr)

Scannez ce code avec votre mobile et accédez à notre site internet.

## SITUATION FAMILIALE

Célibataire     Marié (e)     Divorcé (e)     Remarié (e)     Pacs

Veuf     Séparé (e) de fait     Séparé (e) de corps & de biens

Date de mariage :

Date du divorce :

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT ou EX-CONJOINT

(à fournir même en cas de divorce, de séparation, ou de décès)

Nom de jeune fille :

Nom marital :

Prénoms :

Nationalité :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Date de décès :

Date de séparation :

Profession :

Caisse de retraite du conjoint :

Statut professionnel :  Salarié (e)     Travailleur indépendant     Demandeur d'emploi

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS

	Nom	Prénom	Date de naissance
1			
2			
3			
4			
5			
6			

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

et notamment tous les remplacements à titre libéral effectué

Diplôme de sage-femme obtenu le :

De la faculté ou école de :

Numéro d'inscription au fichier national du conseil de l'ordre

Veuillez indiquer ci-dessous vos périodes d'activités professionnelles :

Périodes		Adresses successives (3)	Activités exercées (4)
Du (1)	Au (2)		

Colonnes 1 & 2 : ⇒ Précisez, si possible, le jour, le mois et l'année (exemple : 09/07/1980—19/12/1992)

⇒ Si l'activité est encore exercée, mentionnez dans la colonne 2 : « à ce jour »

Colonne 4 ⇒ Indiquez les activités exercées somme suit :

LIBERALE	LIB	ARTISANALE	Art.
SALARIEE	S	AGRICOLE	Agri.
COMMERCIALE	Com.	SANS ACTIVITE	S-Ac.
DEMANDEUR D'EMPLOI			D.E.
CONGE PARENTAL D'EDUCATION			C.P.

⇒ En cas d'activités simultanées, mentionnez sur la même ligne les deux activités exercées (exemple : comme salarié (e) et en clientèle : S + LIB).

**DATE DE DEBUT DE VOTRE ACTIVITE LIBERALE :** \_\_\_\_\_

**Article R 643-1 du code de la Sécurité Sociale**

« Toute personne qui commence ou cesse d'exercer une profession libérale est tenue de le déclarer dans le délai d'un mois à la section professionnelle dont elle relève, en vue de son immatriculation ou de sa radiation. La date d'effet de l'immatriculation ou de la radiation est le premier jour du trimestre civil suivant le début ou la fin de l'activité professionnelle ».

Avez-vous sollicité votre immatriculation auprès de la caisse primaire d'assurance maladie en qualité de praticien conventionné ( régime 920 ) ? OUI  NON

Veuillez indiquer l'adresse de la C.P.A.M. dont vous relevez :

---

---

---

N° d'inscription au fichier des praticiens \_\_\_\_\_

⇒ **Si vous effectuez un remplacement**, veuillez préciser, ci-dessous, les coordonnées de la sage-femme que vous remplacez :

---

---

---

(éventuellement joindre la photocopie de votre contrat de remplacement).

**Je soussigné (e) certifie que les déclarations contenues dans ce formulaire sont sincères et véritables.**

Fait à : \_\_\_\_\_

le : \_\_\_\_\_

Signature et cachet

(La signature doit être précédée de la mention manuscrite « certifiée conforme à la vérité »).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme d'assurance vieillesse.

Article L.623-6 du code de la sécurité sociale (3ème alinéa) : Les membres des conseils d'administration de la Caisse ainsi que le personnel sont tenus au secret professionnel dans les termes de l'article L. 226-13 du nouveau code pénal et passibles des peines prévues audit article.