



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

---

## DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE POUR LES ETUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE

---

(article L.4141-4 du code de la santé publique)

### 1 - questionnaire :

1- Nom de famille : .....

2- Nom d'usage : .....

3- Prénom : .....

4- Adresse : .....

.....

.....

.....

5- Identifiant National Étudiant (INE) : .....

(10 chiffres plus une lettre – Ex : 1234567890G – Présent sur votre carte d'étudiant ou sur votre relevé de notes)

6- E-Mail : .....

7- Téléphone portable : .....

8- Nationalité :

Française

Ressortissant d'un des États membres de l'Union Européenne  
ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen

Autre (préciser) : .....

9- Date et lieu de naissance : .....

.....

.....

10- Université où vous avez fait vos études de chirurgie dentaire : .....

.....

11- Date à laquelle avez-vous satisfait votre examen de cinquième année ? ...../...../.....

12- Avez-vous déjà exercé :  NON  OUI

À quel titre ? :  Remplaçant libéral  Remplaçant salarié  Adjoint salarié



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

13- Énumérez les noms et les adresses des chirurgiens-dentistes chez qui vous avez exercé, les dates et la durée :

.....  
.....  
.....  
.....

14- Chez quel praticien exercerez-vous ? (Numéro RPPS si possible) :

.....  
.....

À quel titre ? :  Remplaçant libéral  Remplaçant salarié  Adjoint salarié

15- Pour quelle période ? : Du : ...../...../..... Au : ...../...../..... inclus

16- Avez-vous fait l'objet de sanctions disciplinaires ? :

- Prononcées par l'Université :  NON  OUI Quand ? ...../...../.....

- Prononcées par les Instances Ordinales :  NON  OUI Quand ? ...../...../.....

17- Avez-vous encouru des condamnations de droit commun ?

NON  OUI Quand ? ...../...../.....

18- Naissance ou adoption d'enfant(s) :

Si vous avez un (ou des) enfant(s) né(s) vivant(s) ou adopté(s), préciser la date de naissance ou d'adoption de votre (ou de vos) enfant(s) :

.....  
.....  
.....



**ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES**

« Je jure sur l'honneur que les déclarations, ci-dessus, sont conformes à la vérité et que je ne suis pas encore titulaire du diplôme d'Etat de Docteur en chirurgie dentaire. »

« J'atteste ne pas présenter d'infirmité ou d'état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession. »

(Reproduire à la main et signer les formules ci-dessus)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à : .....

Le : ...../...../.....

Signature :