

**ATTESTATION DE PARTICIPATION DES PERSONNELS DE SANTE A LA CAMPAGNE DE
VACCINATION ANTI-GRIPPALE A (H1N1)**

MOIS ET ANNEE DE REFERENCE : !_ !_ !2 !0 !_ !_ !

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTE PARTICIPANT

<p>Civilité.....PrénomNom</p> <p>Adresse personnelle : N° Rue</p> <p>Code postal : Ville :</p> <p>Téléphone : Adresse mail</p>

STATUT DU PROFESSIONNEL DE SANTE

<p>1- salarié d'un établissement de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiant en soins infirmiers</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiant en médecine</p> <p><input type="checkbox"/> Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin hospitalier</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier exerçant en établissement de santé public ou privé</p> <p><input type="checkbox"/> Organisme liquidateur établissement de santé :</p> <p>Nom Adresse :</p>
<p>2 -salarié hors établissement de santé ou centre de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier</p> <p><input type="checkbox"/> Organisme liquidateur employeur :</p> <p>Nom Adresse</p>
<p>3- salarié d'un centre de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier</p> <p>° Numéro FINESS du centre de santé !_ !_ !_ !_ !_ !_ !_ !_ !_ !</p> <p><input type="checkbox"/> Organisme liquidateur employeur :</p> <p>Nom Adresse</p>
<p>4- activité libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin exerçant en cabinet ou remplaçant</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier exerçant en cabinet ou remplaçant</p> <p>° Numéro d'identification (assurance maladie) * !_ !_ !_ !_ !_ !_ !_ !_ !_ !</p> <p><input type="checkbox"/> Organisme liquidateur CPAM</p>
<p>5- retraité libéral</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier</p> <p><input type="checkbox"/> Organisme liquidateur EPRUS</p>
<p>6- retraité ou sans activité</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier</p> <p><input type="checkbox"/> Organisme liquidateur EPRUS</p> <p>Inscrit dans la réserve sanitaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>

* pour les professionnels libéraux exerçant en cabinet

