

**ORDRE DES MÉDECINS**  
**Conseil Régional de Sousse**

Gouvernorat de : Kairouan - Mahdia - Monastir - Sousse



**عمادة الأطباء**  
**المجلس الجموي بسوسة**

ولايات : القيروان - المهدية - المنستير - سوسة

**DEMANDE DE REMPLACEMENT**

MEDECIN A REMPLACER	MEDECIN REMPLACANT
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
N° D'INSCRIPTION AU T.O :	N° D'INSCRIPTION AU T.O :
SPECIALITE :	SPECIALITE :
MODE D'EXERCICE :	MODE D'EXERCICE :
ADRESSE PROFESSIONNELLE :	NIVEAU D'ETUDE.(si résident) :
SIGNATURE ET CACHET :	ADRESSE PROFESSIONNELLE :
	SIGNATURE :
	(le médecin remplaçant doit fournir le titre de congé visé par son administration)

**Période de remplacement**

DU ..... AU .....

**AVIS DU CONSEIL REGIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DU CENTRE**

REMARQUES : .....