

Démarche : FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE
PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHUE

Organisme : DGOS/SDRH/RH2

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

Formulaire

Les candidatures sont déposées par les établissements pour le compte des praticiens. Les ARS examinent la complétude du dossier et l'opportunité de la demande de l'établissement pour tous les dossiers, que la commission relève de l'ARS ou du CNG. Les dossiers sont ensuite examinés par une commission organisée par l'ARS ou par le CNG.

Les données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de ce traitement, sont réservées à un usage professionnel et conservées le temps strictement nécessaire à cette finalité. Ce traitement relève de l'exercice des missions d'intérêt public dont sont investis les ministères sociaux. Si vous souhaitez faire usage de vos droits (accès, rectification et limitation), contactez le délégué à la protection des données de la DGOS.

NB : Périodes de dépôt des demandes d'AEP en 2026

Les périodes de dépôt pour les AEP seront fixées, pour 2026, aux dates suivantes pour l'ensemble des professions et spécialités, sur tout le territoire :

- Du 15 janvier au 1er avril pour la première session
- Du 1er août au 1er octobre pour la seconde session

Cette harmonisation des périodes de dépôt devrait favoriser une meilleure lisibilité du dispositif pour les établissements, et permettre une communication plus claire de la DGOS, des ARS et du CNG.

Nous actualisons la démarche numérique en ce sens et préparons des supports de communication que nous vous transmettrons.

Toutes les pièces justificatives qui seront jointes au formulaire doivent être rédigées en langue française ou traduites par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou, pour les candidats résidant dans un Etat tiers, avoir fait l'objet d'une traduction par un traducteur certifié auprès des autorités consulaires françaises.

L'ensemble des pièces justificatives doivent être au format pdf.

Etablissement employeur (EE)

Fonction du contact établissement (EE)

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHUE

Nom du contact établissement

Prénom du contact établissement

Région

FINESS EJ

Numéro FINESS de l'Entité Juridique

FINESS ET

Numéro FINESS de l'Etablissement Géographique

Poste ouvert aux PADHUE

Libellé de la spécialité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Allergologie
- ☐ Anatomie et cytologie pathologiques
- ☐ Anesthésie-réanimation
- ☐ Biologie médicale
- ☐ Biologie médicale (pharmacien)
- ☐ Chirurgie pédiatrique
- ☐ Chirurgie maxillo-faciale
- ☐ Chirurgie orale
- ☐ Chirurgie orale (CD)
- ☐ Chirurgie orthopédique et traumatologie
- ☐ Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- ☐ Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ☐ Chirurgie vasculaire
- ☐ Chirurgie viscérale et digestive
- ☐ Dermatologie et vénéréologie
- ☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition
- ☐ Hépatogastro-entérologie
- ☐ Génétique médicale
- ☐ Gériatrie
- ☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ Gynécologie obstétrique
- ☐ Hématologie
- ☐ Maladies infectieuses et maladies tropicales
- ☐ Médecine bucco-dentaire (CD)
- ☐ Médecine cardiovasculaire
- ☐ Médecine et santé au travail
- ☐ Médecine générale
- ☐ Médecine interne et immunologie clinique
- ☐ Médecine intensive-Réanimation
- ☐ Médecine légale et expertises médicales
- ☐ Médecine d'urgence
- ☐ Médecine nucléaire
- ☐ Médecine vasculaire
- ☐ Médecine physique et de réadaptation
- ☐ Néphrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Omnipraticien (CD)
- ☐ Oncologie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Orthopédie dento-faciale (CD)
- ☐ Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Pharmacie hospitalière
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Radiologie et imagerie médicale
- ☐ Rhumatologie
- ☐ Santé publique
- ☐ Urologie

Libellé du service d'accueil

Libellé du poste

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt de l'attestation sur l'honneur de l'établissement à employer le praticien, en cas de délivrance de l'AEP

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt de tout justificatif permettant la présentation du service au sein duquel le demandeur est appelé à exercer, des ressources disponibles pour assurer sa supervision et son accompagnement conformément aux dispositions de l'article R. 4111-13-8-1 et des besoins de fonctionnement de l'établissement que l'emploi du demandeur concourt à satisfaire

Profession

Profession du praticien

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Médecin

☐ Pharmacien

☐ Chirurgien-dentiste

☐ sage-femme

Spécialité

Spécialité du praticien

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Allergologie

☐ Anatomie et cytologie pathologique

☐ Anesthésie-réanimation

☐ Biologie médicale

☐ Chirurgie pédiatrique

☐ Chirurgie maxillo-faciale

☐ Chirurgie orale

☐ Chirurgie orthopédique et traumatologie

☐ Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

☐ Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

☐ Chirurgie vasculaire

☐ Chirurgie viscérale et digestive

☐ Dermatologie et vénéréologie

☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition

☐ Hépatogastro-entérologie

☐ Génétique médicale

☐ Gériatrie

☐ Gynécologie médicale

☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ Hématologie
- ☐ Maladies infectieuses et maladies tropicales
- ☐ Médecine cardiovasculaire
- ☐ Médecine et santé au travail
- ☐ Médecine générale
- ☐ Médecine interne et immunologie clinique
- ☐ Médecine intensive-Réanimation
- ☐ Médecine légale et expertises médicales
- ☐ Médecine d'urgence
- ☐ Médecine nucléaire
- ☐ Médecine vasculaire
- ☐ Médecine physique et de réadaptation
- ☐ Néphrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Oncologie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Radiologie et imagerie médicale
- ☐ Rhumatologie
- ☐ Santé publique
- ☐ Urologie

Spécialité du praticien

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Pharmacie hospitalière
- ☐ Biologie médicale
- ☐ Pharmacie polyvalente

Spécialité du praticien

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Omnipraticien
- ☐ Chirurgie orale
- ☐

☐ Orthopédie dento-faciale

Identité du praticien candidat à l'AEP

Etat civil

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom de naissance

Nom d'usage le cas échéant

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays de naissance

Nationalité

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ algérienne

☐ tunisienne

☐ congolaise

☐ Française

☐ camerounaise

☐ Marocaine

☐ béninoise

☐ libanaise

☐ malgache

☐ burundaise

☐ sénégalaise

☐ ukrainienne

☐ ivoirienne

☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ syrienne
- ☐ guinéenne
- ☐ malienne
- ☐ haïtienne
- ☐ togolaise
- ☐ mauritanienne
- ☐ brésilienne
- ☐ nigérienne
- ☐ russe
- ☐ comorienne
- ☐ tchadienne
- ☐ argentine
- ☐ canadienne
- ☐ Palestinienne
- ☐ vietnamienne
- ☐ égyptienne
- ☐ italienne
- ☐ rwandaise
- ☐ iranienne
- ☐ cambodgienne
- ☐ mexicaine
- ☐ irakienne
- ☐ yéménite
- ☐ afghane
- ☐ vénézuélienne
- ☐ centrafricaine
- ☐ roumaine
- ☐ colombienne
- ☐ gabonaise
- ☐ djiboutienne
- ☐ américaine
- ☐ biélorusse
- ☐ géorgienne
- ☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ indienne
- ☐ chinoise
- ☐ cubaine
- ☐ espagnole
- ☐ turque
- ☐ équatorienne
- ☐ portugaise
- ☐ belge
- ☐ chilienne
- ☐ jordanienne
- ☐ libyenne
- ☐ mauricienne
- ☐ allemande
- ☐ angolaise
- ☐ arménienne
- ☐ ghanéenne
- ☐ albanaise
- ☐ britannique
- ☐ dominicaine
- ☐ saoudienne
- ☐ bolivienne
- ☐ soudanaise
- ☐ moldave
- ☐ pakistanaise
- ☐ paraguayenne
- ☐ australienne
- ☐ bangladaishi
- ☐ costaricaine
- ☐ hollandaise
- ☐ kosovare
- ☐ luxembourgeoise
- ☐ malaisienne
- ☐ nicaraguayenne
- ☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ serbe
- ☐ andorrane
- ☐ bulgare
- ☐ croate
- ☐ el salvador
- ☐ émirati
- ☐ érythréenne
- ☐ éthiopienne
- ☐ grecque
- ☐ guatémaltèque
- ☐ hondurien
- ☐ kazakh
- ☐ uruguayenne
- ☐ capverdienne
- ☐ dominique
- ☐ finlandaise
- ☐ gambienne
- ☐ helvétique
- ☐ indonésienne
- ☐ jamaïcaine
- ☐ japonaise
- ☐ kirghize
- ☐ macédonienne
- ☐ maltaise
- ☐ mongole
- ☐ népalaise
- ☐ norvégienne
- ☐ nouvelle-zélandaise
- ☐ omanaise
- ☐ polonaise
- ☐ SAHARA OCCIDENTAL
- ☐ slovaque
- ☐ sri lankaise
- ☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

☐ TADJIKISTAN

☐ Taïwanais

☐ tanzanienne

☐ thaïlandaise

☐ zambienne

☐ zimbabwéenne

Coordonnées

Adresse personnelle

Ville

Code postal

Pays de résidence

Téléphone

Adresse mail

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt d'une pièce d'identité

CNI, Passeport ou titre de séjour (recto-verso)

Le praticien bénéficie-t-il d'une attestation temporaire d'exercice (ATE) ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Ajout de l'attestation temporaire d'exercice (ATE)

Titre de formation

Diplôme de la profession

Diplôme de la profession

Intitulé du diplôme

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

Date de l'obtention

Pays d'obtention

Délivré par :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de diplôme

Original ET traduction conforme

Intitulé du diplôme

Date de l'obtention

Pays d'obtention

Délivré par :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de diplôme

Original ET traduction conforme

Intitulé du diplôme

Date de l'obtention

Pays d'obtention

Délivré par :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de diplôme

Original ET traduction conforme

Diplômes de spécialisation

Les médecins doivent obligatoirement transmettre leur diplôme de spécialité

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

Diplômes de spécialisation

Intitulé du diplôme

Date de l'obtention

Pays d'obtention

Délivré par :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de diplôme

Original ET traduction conforme

Intitulé du diplôme

Date de l'obtention

Pays d'obtention

Délivré par :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de diplôme

Original ET traduction conforme

Intitulé du diplôme

Date de l'obtention

Pays d'obtention

Délivré par :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de diplôme

Original ET traduction conforme

Autres diplômes

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

Autres diplômes

Intitulé du diplôme

Date de l'obtention

Pays d'obtention

Délivré par :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de diplôme

Original ET traduction conforme

Intitulé du diplôme

Date de l'obtention

Pays d'obtention

Délivré par :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de diplôme

Original ET traduction conforme

Intitulé du diplôme

Date de l'obtention

Pays d'obtention

Délivré par :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de diplôme

Original ET traduction conforme

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

Justificatif de maîtrise de la langue française

Quel justificatif souhaitez-vous déposer ?

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Une attestation de réussite au test de connaissance de la langue française (TCF-TEF) équivalent au minimum au niveau B2
- ☐ Le diplôme d'étude en langue française au minimum de niveau B2 ou diplôme d'étude suivi en langue française
- ☐ Le diplôme approfondi de langue française
- ☐ Une photocopie du diplôme ou de l'attestation de réussite au baccalauréat français, ou d'un diplôme français de niveau équivalent ou supérieur
- ☐ Preuve de nationalité française

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Dépôt de l'attestation de réussite au test de connaissance de la langue française (TCF-TEF) équivalent au minimum au niveau B2

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Dépôt du diplôme d'étude en langue française au minimum de niveau B2

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Dépôt du diplôme approfondi de langue française

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Dépôt de la photocopie du diplôme ou de l'attestation de réussite au baccalauréat français, ou d'un diplôme français de niveau équivalent ou supérieur

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Dépôt de la preuve de nationalité française

Expériences professionnelles

Exercice professionnel en France

Exercice professionnel en France

Libellé de l'établissement

Ville

Code postal

Libellé de la spécialité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Anatomie et cytologie pathologique

- ☐ Anesthésie-réanimation

- ☐ Biologie médicale

☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ Chirurgie générale
- ☐ Chirurgie pédiatrique
- ☐ Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
- ☐ Chirurgie orthopédique et traumatologie
- ☐ Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- ☐ Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ☐ Chirurgie vasculaire
- ☐ Chirurgie viscérale et digestive
- ☐ Dermatologie et vénéréologie
- ☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition
- ☐ Hépatogastro-entérologie
- ☐ Génétique médicale
- ☐ Gériatrie
- ☐ Gynécologie médicale
- ☐ Gynécologie obstétrique
- ☐ Hématologie
- ☐ Maladies infectieuses et maladies tropicales
- ☐ Médecine cardiovasculaire
- ☐ Médecine et santé au travail
- ☐ Médecine générale
- ☐ Médecine interne et immunologie clinique
- ☐ Médecine intensive-Réanimation
- ☐ Médecine légale et expertises médicales
- ☐ Médecine d'urgence
- ☐ Médecine nucléaire
- ☐ Médecine vasculaire
- ☐ Médecine physique et de réadaptation
- ☐ Néphrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Oncologie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
- ☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Radiodiagnostic et imagerie médicale
- ☐ Réanimation médicale
- ☐ Rhumatologie
- ☐ Santé publique
- ☐ Urologie
- ☐ Biologie médicale
- ☐ Pharmacie hospitalière
- ☐ Pour la profession de chirurgien-dentiste :
 - ☐ Omnipraticien
 - ☐ Chirurgie orale
 - ☐ Médecine bucco-dentaire
 - ☐ Orthopédie dento-faciale

Libellé du service

Libellé du poste

Statut au moment de la demande d'AEP

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Praticien attaché associé/Assistant associé (PAA/AA)
- ☐ Stagiaire associé
- ☐ Faisant fonction d'interne (FFI)
- ☐ Praticien contractuel (dans le cadre du dispositif dérogatoire « outre-mer »)
- ☐ Praticien associé (PA)
- ☐ Autres

Si autres, précisez

Date d'arrivée dans l'établissement

Exercice toujours en cours dans l'établissement ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

Date de sortie de l'établissement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée

Libellé de l'établissement

Ville

Code postal

Libellé de la spécialité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Anatomie et cytologie pathologique
- ☐ Anesthésie-réanimation
- ☐ Biologie médicale
- ☐ Cardiologie et maladies vasculaires
- ☐ Chirurgie générale
- ☐ Chirurgie pédiatrique
- ☐ Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
- ☐ Chirurgie orthopédique et traumatologie
- ☐ Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- ☐ Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ☐ Chirurgie vasculaire
- ☐ Chirurgie viscérale et digestive
- ☐ Dermatologie et vénéréologie
- ☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition
- ☐ Hépatogastro-entérologie
- ☐ Génétique médicale
- ☐ Gériatrie
- ☐ Gynécologie médicale
- ☐ Gynécologie obstétrique
- ☐ Hématologie
- ☐ Maladies infectieuses et maladies tropicales
- ☐ Médecine cardiovasculaire
- ☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ Médecine générale
- ☐ Médecine interne et immunologie clinique
- ☐ Médecine intensive-Réanimation
- ☐ Médecine légale et expertises médicales
- ☐ Médecine d'urgence
- ☐ Médecine nucléaire
- ☐ Médecine vasculaire
- ☐ Médecine physique et de réadaptation
- ☐ Néphrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Oncologie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Radiodiagnostic et imagerie médicale
- ☐ Réanimation médicale
- ☐ Rhumatologie
- ☐ Santé publique
- ☐ Urologie
- ☐ Biologie médicale
- ☐ Pharmacie hospitalière
- ☐ Pour la profession de chirurgien-dentiste :
 - ☐ Omnipraticien
 - ☐ Chirurgie orale
 - ☐ Médecine bucco-dentaire
 - ☐ Orthopédie dento-faciale

Libellé du service

Libellé du poste

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

Statut au moment de la demande d'AEP

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Praticien attaché associé/Assistant associé (PAA/AA)

☐ Stagiaire associé

☐ Faisant fonction d'interne (FFI)

☐ Praticien contractuel (dans le cadre du dispositif dérogatoire « outre-mer »)

☐ Praticien associé (PA)

☐ Autres

Si autres, précisez

Date d'arrivée dans l'établissement

Exercice toujours en cours dans l'établissement ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Date de sortie de l'établissement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée

Libellé de l'établissement

Ville

Code postal

Libellé de la spécialité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Anatomie et cytologie pathologique

☐ Anesthésie-réanimation

☐ Biologie médicale

☐ Cardiologie et maladies vasculaires

☐ Chirurgie générale

☐ Chirurgie pédiatrique

☐ Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- ☐ Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ☐ Chirurgie vasculaire
- ☐ Chirurgie viscérale et digestive
- ☐ Dermatologie et vénéréologie
- ☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition
- ☐ Hépatogastro-entérologie
- ☐ Génétique médicale
- ☐ Gériatrie
- ☐ Gynécologie médicale
- ☐ Gynécologie obstétrique
- ☐ Hématologie
- ☐ Maladies infectieuses et maladies tropicales
- ☐ Médecine cardiovasculaire
- ☐ Médecine et santé au travail
- ☐ Médecine générale
- ☐ Médecine interne et immunologie clinique
- ☐ Médecine intensive-Réanimation
- ☐ Médecine légale et expertises médicales
- ☐ Médecine d'urgence
- ☐ Médecine nucléaire
- ☐ Médecine vasculaire
- ☐ Médecine physique et de réadaptation
- ☐ Néphrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Oncologie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Radiodiagnostic et imagerie médicale
- ☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ Rhumatologie
- ☐ Santé publique
- ☐ Urologie
- ☐ Biologie médicale
- ☐ Pharmacie hospitalière
- ☐ Pour la profession de chirurgien-dentiste :
 - ☐ Omnipraticien
 - ☐ Chirurgie orale
 - ☐ Médecine bucco-dentaire
 - ☐ Orthopédie dento-faciale

Libellé du service

Libellé du poste

Statut au moment de la demande d'AEP

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Praticien attaché associé/Assistant associé (PAA/AA)
- ☐ Stagiaire associé
- ☐ Faisant fonction d'interne (FFI)
- ☐ Praticien contractuel (dans le cadre du dispositif dérogatoire « outre-mer »)
- ☐ Praticien associé (PA)
- ☐ Autres

Si autres, précisez

Date d'arrivée dans l'établissement

Exercice toujours en cours dans l'établissement ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Date de sortie de l'établissement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

Durée totale d'exercice en France correspondant aux pièces justificatives accompagnant le formulaire

Expérience professionnelle à l'étranger

Exercice professionnel : Fonctions exercées dans le pays d'origine et à l'étranger

Pays

Libellé de l'établissement

Ville

Code postal

Mode d'exercice

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ exercice hospitalier

☐ libéral

Libellé de la spécialité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Anatomie et cytologie pathologique

☐ Anesthésie-réanimation

☐ Biologie médicale

☐ Cardiologie et maladies vasculaires

☐ Chirurgie générale

☐ Chirurgie pédiatrique

☐ Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

☐ Chirurgie orthopédique et traumatologie

☐ Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

☐ Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

☐ Chirurgie vasculaire

☐ Chirurgie viscérale et digestive

☐ Dermatologie et vénéréologie

☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition

☐ Hépatogastro-entérologie

☐ Génétique médicale

☐ Gériatrie

☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ Gynécologie obstétrique
- ☐ Hématologie
- ☐ Maladies infectieuses et maladies tropicales
- ☐ Médecine cardiovasculaire
- ☐ Médecine et santé au travail
- ☐ Médecine générale
- ☐ Médecine interne et immunologie clinique
- ☐ Médecine intensive-Réanimation
- ☐ Médecine légale et expertises médicales
- ☐ Médecine d'urgence
- ☐ Médecine nucléaire
- ☐ Médecine vasculaire
- ☐ Médecine physique et de réadaptation
- ☐ Néphrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Oncologie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Radiodiagnostic et imagerie médicale
- ☐ Réanimation médicale
- ☐ Rhumatologie
- ☐ Santé publique
- ☐ Urologie
- ☐ Biologie médicale
- ☐ Pharmacie hospitalière
- ☐ Pour la profession de chirurgien-dentiste :
 - ☐ Omnipraticien
 - ☐ Chirurgie orale
 - ☐ Médecine bucco-dentaire
 - ☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

☐ Autre

Si Autre, préciser

Libellé du service

Libellé du poste

Statut

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Etudiant

☐ Interne

☐ Sénior

☐ Autre

Si autre, précisez

Durée d'exercice dans l'établissement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée

Pays

Libellé de l'établissement

Ville

Code postal

Mode d'exercice

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ exercice hospitalier

☐ libéral

Libellé de la spécialité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Anatomie et cytologie pathologique

☐ Anesthésie-réanimation

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ Biologie médicale
- ☐ Cardiologie et maladies vasculaires
- ☐ Chirurgie générale
- ☐ Chirurgie pédiatrique
- ☐ Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
- ☐ Chirurgie orthopédique et traumatologie
- ☐ Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- ☐ Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ☐ Chirurgie vasculaire
- ☐ Chirurgie viscérale et digestive
- ☐ Dermatologie et vénéréologie
- ☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition
- ☐ Hépto-gastro-entérologie
- ☐ Génétique médicale
- ☐ Gériatrie
- ☐ Gynécologie médicale
- ☐ Gynécologie obstétrique
- ☐ Hématologie
- ☐ Maladies infectieuses et maladies tropicales
- ☐ Médecine cardiovasculaire
- ☐ Médecine et santé au travail
- ☐ Médecine générale
- ☐ Médecine interne et immunologie clinique
- ☐ Médecine intensive-Réanimation
- ☐ Médecine légale et expertises médicales
- ☐ Médecine d'urgence
- ☐ Médecine nucléaire
- ☐ Médecine vasculaire
- ☐ Médecine physique et de réadaptation
- ☐ Néphrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Oncologie
- ☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

☐ Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale

☐ Pédiatrie

☐ Pneumologie

☐ Psychiatrie

☐ Radiodiagnostic et imagerie médicale

☐ Réanimation médicale

☐ Rhumatologie

☐ Santé publique

☐ Urologie

☐ Biologie médicale

☐ Pharmacie hospitalière

☐ Pour la profession de chirurgien-dentiste :

☐ Omnipraticien

☐ Chirurgie orale

☐ Médecine bucco-dentaire

☐ Orthopédie dento-faciale

☐ Autre

Si Autre, préciser

Libellé du service

Libellé du poste

Statut

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Etudiant

☐ Interne

☐ Sénior

☐ Autre

Si autre, précisez

Durée d'exercice dans l'établissement

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée

Pays

Libellé de l'établissement

Ville

Code postal

Mode d'exercice

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ exercice hospitalier

☐ libéral

Libellé de la spécialité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Anatomie et cytologie pathologique

☐ Anesthésie-réanimation

☐ Biologie médicale

☐ Cardiologie et maladies vasculaires

☐ Chirurgie générale

☐ Chirurgie pédiatrique

☐ Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

☐ Chirurgie orthopédique et traumatologie

☐ Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

☐ Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

☐ Chirurgie vasculaire

☐ Chirurgie viscérale et digestive

☐ Dermatologie et vénéréologie

☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition

☐ Hépatogastro-entérologie

☐ Génétique médicale

☐ Gériatrie

☐ Gynécologie médicale

☐ Gynécologie obstétrique

☐

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

- ☐ Maladies infectieuses et maladies tropicales
- ☐ Médecine cardiovasculaire
- ☐ Médecine et santé au travail
- ☐ Médecine générale
- ☐ Médecine interne et immunologie clinique
- ☐ Médecine intensive-Réanimation
- ☐ Médecine légale et expertises médicales
- ☐ Médecine d'urgence
- ☐ Médecine nucléaire
- ☐ Médecine vasculaire
- ☐ Médecine physique et de réadaptation
- ☐ Néphrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Oncologie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Radiodiagnostic et imagerie médicale
- ☐ Réanimation médicale
- ☐ Rhumatologie
- ☐ Santé publique
- ☐ Urologie
- ☐ Biologie médicale
- ☐ Pharmacie hospitalière
- ☐ Pour la profession de chirurgien-dentiste :
 - ☐ Omnipratricien
 - ☐ Chirurgie orale
 - ☐ Médecine bucco-dentaire
 - ☐ Orthopédie dento-faciale
 - ☐ Autre

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU

Si Autre, préciser

Libellé du service

Libellé du poste

Statut

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Etudiant

☐ Interne

☐ Sénior

☐ Autre

Si autre, précisez

Durée d'exercice dans l'établissement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée

Durée totale de l'expérience professionnelle (en mois)

Informations complémentaires

EVC

Le candidat s'est-il déjà inscrit et présenté aux EVC ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si oui, nombre d'inscription aux EVC

Si oui, indiquer la/les année(s) d'inscription aux EVC

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 2019

☐ 2020

☐ 2021

☐ 2022

☐ 2023

☐ 2024

Relevé(s) de note(s) EVC

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt de(s) justificatif(s) relevé(s) de note(s) EVC

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt de(s) justificatif(s) relevé(s) de note(s) EVC

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt de(s) justificatif(s) relevé(s) de note(s) EVC

Autorisation temporaire d'exercice

Le candidat est-il titulaire d'une autorisation temporaire d'exercice ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si oui, dépôt de l'attestation temporaire par l'ARS

Attestation temporaire d'exercice délivrée dans le cadre de l'instruction n° DGOS/RH2/2024/19 du 12 février 2024 relative aux dispositions dérogatoires et temporaires permettant de justifier l'autorisation d'exercice de praticiens étrangers ayant obtenu un diplôme hors Union européenne (PADHUE) et ayant échoué aux épreuves de vérification des connaissances (EVC) au titre de la session 2023

Prochain concours des EVC

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dépôt de l'attestation sur l'honneur à passer le prochain concours des EVC

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces complémentaires

ex : lettre de recommandation ...

Commentaire établissement

7.4. Pièces complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance du jury

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance du jury

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance du jury

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐

