*Merci de compléter ce document si vous désirez apparaître sur la liste des étudiants titulaires d’une licence de remplacement.*

**Je, soussigné (e) M. ……………………………………………………………….**

**autorise / n’autorise pas le Conseil Départemental de l’Ordre des Médecins de l’Aisne à communiquer mes coordonnées aux médecins à la recherche de remplaçants.**

**NOM :……………………………………… Prénom : ……………………………………**

**Discipline Exercée : …………………………………………………………………………**

**Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Téléphone : …………………………………………………**

**Mail : …………………………………………………………**

**le …………………….**