Déclaration d'affiliation

à retourner à la Carpimko accompagnée de la photocopie du diplôme d'Etat avec son n° d'enregistrement (n° Adeli)

6 place Charles de Gaulle 78882 Saint Quentin en Yvelines Cedex

Nom d'usage - Prénom :
(nom marital)
Nom de famille :
(nom de naissance)
Date et lieu de naissance : Nationalité :

Numéro de sécurité sociale :

Situation de famille : ○ Célibataire ○ Marié(e) ○ Veuf(ve) Divorcé(e)

Adresse du Cabinet :

Code postal : Ville :

Tél :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

Tél :

Profession para-médicale exercée en libéral	Autre profession commerciale, agricole, artisanale ou libérale

- **Date de dispense du premier acte à titre libéral :**
- **Mode d'exercice de l'activité para-médicale :**
  ○ Remplaçant
  (remplir l'attestation annexée avec les dates de début et fin de remplacements effectuées ou prévues).
  ○ Société d'exercice libéral
  (Selarl, Selas... joindre les statuts)
  ○ Collaborateur, Assistant, SCP...
  N ° d'inscription à un ordre professionnel
- **Exercice sous convention :** Oui ○ Non ○
- Adresse de la C.P.A.M. de rattachement au titre de l'Avantage Social Vieillesse (ASV) :
- **Exercice en zone franche (Z.F., Z.D.R., Z.F.U.) ou entreprise nouvelle :** Oui ○ Non ○
- **Bénéficiez-vous de l'ACCRE :** Oui ○ Non ○
  (dans l'affirmative, joindre l'attestation délivrée par l'URSSAF).
- **Options fiscales pour vos Bénéfices Non Commerciaux (B.N.C .) :**
  ☐ Régime spécial B.N.C.
  ☐ Déclaration contrôlée
  ☐ Impôts sur les sociétés (gérance)
- **Activité salariée :** Oui ○ Non ○
  (nous retourner l'attestation d'activité salariée ci-jointe).
- **Bénéficiaire d'une retraite :** Non ○ Oui ○ Depuis le

Fait à Le **Signature**

La loi rend passible de sanctions quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 114-13 du Code de la sécurité sociale et 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code pénal). La loi du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès des services de la Carpimko, aux conditions légales et réglementaires en vigueur.

Attestation de remplacement

N° de dossier Carpimko : ☐☐☐☐☐☐☐

Je soussigné :

Adresse personnelle :

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville :

Catégorie professionnelle :

- ◯ Infirmier
- ◯ Masseur-Kinésithérapeute
- ◯ Pédicure-Podologue
- ◯ Orthophoniste
- ◯ Orthoptiste

Certifie avoir effectué depuis la date de délivrance de l'autorisation préfectorale de remplacement les jours de remplacements suivants :

DATES	NOMBRE DE JOURS	PROFESSIONNEL REMPLACE		ADRESSE DU CABINET	HONORAIRES PERCUS
		N° TEL	NOM PRENOM		

Fait à Le **Signature**

Attestation d'activité salariée

N° de dossier Carpimko : ☐☐☐☐☐☐☐

Je soussigné : _____

Certifie avoir effectué les activités salariées suivantes :

DATES		ACTIVITE PROFESSIONNELLE EXERCEE	NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS
DEBUT	FIN		

Fait à _____ *Le* _____ ***Signature***