



CONSEIL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

1

-----Formulaire d'inscription-----

Cadre réservé à l'Ordre

N° d'inscription à l'Ordre :

Date de l'inscription au tableau :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE DES INFIRMIERS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

1. ÉTAT CIVIL :

Mme M.

NOM de naissance : NOM d'épouse :

Prénoms :

Lieu et Date de naissance : Nationalité :

2. COORDONNEES en Polynésie française

Adresse postale : BP : Code postal :

Commune : ILE :

Nom et prénom du propriétaire de la boîte postale :

Adresse géographique en Polynésie Française :

Quartier et PK :

Commune : ILE :

Coordonnées téléphoniques : Portable : Fixe :

Bureau :

Mail (obligatoire et lisible SVP) :

3. DIPLÔME INFIRMIER

Intitulé :

Date d'obtention : Lieu d'obtention :

Nom et adresse de l'Institut de formation :

Code postal : Ville : Pays :

Date d'enregistrement du diplôme à l'ARASS :/...../.....

N° d'enregistrement délivré par l'ARASS : N°/.....

4. ÉVENTUELLEMENT AUTORISATION D'EXERCICE DELIVRÉE

Si diplôme non équivalent au DE français

Date de délivrance de l'autorisation :/...../..... N° de délivrance :

Par le préfet ou l'ARS de la région de :



CONSEIL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

2

-----Formulaire d'inscription-----

5. AUTRES DIPLÔMES - TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS EN LIEN AVEC LA PROFESSION

Autres diplômes professionnels, spécialité, compétence, capacité

Intitulé diplôme 1 :

Date d'obtention : Lieu d'obtention :

Nom et adresse de l'Institut de formation :

Code postal : Ville : Pays :

N° d'enregistrement délivré par l'ARASS (le cas échéant) : N° /

Intitulé diplôme 2 :

Date d'obtention : Lieu d'obtention :

Nom et adresse de l'Institut de formation :

Code postal : Ville : Pays :

N° d'enregistrement délivré par l'ARASS (le cas échéant) : N° /

6. LANGUES

Langues étrangères parlées couramment :

Parlez-vous une langue Polynésienne ? OUI NON

Si oui, laquelle :

7. EXERCICE PROFESSIONNEL

7.1 En recherche d'emploi

7.2 Mode d'exercice salarié

Vous exercez à temps plein : OUI NON

Si NON : pourcentage de temps : %

Date de votre embauche en PF : / /

Nom de l'Etablissement :

Nom du Service :

Fonction :

Téléphone de l'établissement :

- Vous faites partie de :
- Etablissement privé (clinique et autres)
 - Fonction Publique Territoriale
 - Fonction d'État (Education nationale , autre ministère)
 - Corps d'État Administratif de la Polynésie Française (C.E.A.P.F)
 - Autres (ANFA)



CONSEIL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

3

-----Formulaire d'inscription-----

Statut : Titulaire Stagiaire Contractuel
Votre contrat : CDI CDD Vacataire

7.3 Mode d'exercice libéral

- Conventionné
 Non conventionné
 Exercice individuel N° I (délivré par la CPS):
 Exercice en groupe Code Tiers CPS : T000.....
 Association
 Nom et Prénom de votre associé :
 Nom et Prénom de votre collaborateur :

Fournir votre contrat d'association ou votre contrat de collaboration à l'OIPF

N° Tahiti (ISPF) : Date de début d'activité :/...../.....
Zone d'activité :
Adresse géographique exacte de votre local professionnel :
.....
BP Code postal
Commune Ile

Fournir le bail de votre local professionnel à l'OIPF

Vous exercez en secteur libéral avec le statut de remplaçant(e) :

Autorisation d'exercice - code Tiers CPS : T000.....
Date prévisionnelle de début d'activité :

Les réponses aux questions posées dans ce questionnaire sont obligatoires. Le défaut de réponse pourrait entraîner, soit un refus d'inscription, soit un retard dans l'examen de votre dossier, le temps que vous les fournissiez. Vos données sont en premier lieu destinées à l'Ordre, afin de concourir à l'élaboration du tableau ordinal.

Elles permettent aussi de répondre aux obligations du code de la santé publique et de mener des études chiffrées sur la démographie de la profession.

Elles servent enfin à l'Ordre pour l'envoi de son bulletin ou d'informations ordinales strictement liées à l'exercice de la profession.

En vertu de la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à vos données saisies dans notre base de données. Pour exercer ce droit, adressez-vous par écrit au COIPF.



CONSEIL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

4

-----Formulaire d'inscription-----

8. DECLARATION SUR L'HONNEUR

Reproduire à la main, dans le cadre ci-dessous, la phrase :

" Je déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au Tableau de l'Ordre des infirmiers de la Polynésie française n'est en cours à mon encontre "

Fournir l'extrait de casier judiciaire de moins de trois mois (bulletin n°3)

Date de délivrance :

JJ (jour) MM (mois) AAAA (année)

Heure de délivrance :

HH (heure) MM (minutes)

Identifiant du document :

13 caractères, en majuscule, sans espace

Clé de contrôle :

8 caractères, en majuscule, sans espace

Conformément à l'arrêté N°451/CM du 02/04/2009 fixant la liste des pièces à produire pour l'inscription au tableau de l'Ordre des infirmiers de la Polynésie française, un original de votre extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) datant de moins de 3 mois est obligatoire pour la constitution de votre dossier.

9. ENGAGEMENT

Reproduire à la main, dans le cadre ci-dessous, les phrases :

"J'affirme avoir pris connaissance du code de déontologie des infirmiers et je fais serment de le respecter.

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité.

Je m'engage à informer l'OIPF de tout changement de situation professionnelle me concernant. Je m'engage également à renouveler mon adhésion, chaque année, au mois de janvier en fournissant à l'OIPF une preuve de paiement de ma cotisation ordinale ainsi que copie de mon extrait de casier judiciaire datant de moins de 3 mois.

Je m'engage à répondre à toute demande de renseignement émanant du COIPF en rapport avec les textes en vigueur relevant de ses compétences.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre des infirmiers de la Polynésie française. "

Fait à :

Signature : Précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"

Le :/...../.....

-----Formulaire d'inscription-----

PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE DES INFIRMIERS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

- Le présent formulaire dûment rempli et signé avec photo d'identité au format 35x45 mm en 1^{ère} page
 - Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport ou extrait d'acte de naissance datant de moins de trois mois).
 - Copie recto-verso de votre diplôme d'Etat français ou d'un autre diplôme reconnu équivalent au niveau européen. Les nouveaux diplômés peuvent fournir leur attestation provisoire de réussite en attendant de nous transmettre le diplôme définitif.
 - Copie recto-verso de vos autres diplômes infirmiers éventuels (Puériculture, IBODE, IADE, CDS)
 - Original d'extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) datant de moins de 3 mois
 - Attestation de radiation de l'Ordre infirmier auquel vous étiez inscrit(e) ou, attestation sur l'honneur certifiant que vous n'avez jamais été inscrit(e) ou, attestation sur l'honneur mentionnant la date de demande de radiation effectuée et le fait que vous nous transmettez l'attestation dès réception.
 - Attestation de l'ARASS
 - Le justificatif de paiement (capture d'écran, récépissé de la banque...) de la cotisation ordinale annuelle d'un montant de 5 000 XPF ou 42€ pour l'année civile en cours.
 - Par chèque bancaire à l'ordre du COIPF
 - Par virement bancaire sur le compte de l'OIPF :
IBAN : FR76 1746 9000 0520 4164 8000 019
RIB : ETB 17469 - 00005 - 20416480000 - 19
 - Merci de préciser impérativement en Objet du virement le numéro ordinal et/ou les Nom et Prénom de l'infirmier concerné et nous fournir le justificatif de la transaction.
-
- Si vous êtes membre d'un état de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen et que vous n'avez pas l'un de ces diplômes : photocopies des titres de formation, attestation ou certificat et éventuellement autorisation d'exercice prévus par le code de la santé publique (art. L. 4311-4) et l'arrêté du 10 juin 2004 modifié (accompagnés le cas échéant d'une traduction, faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives desdits Etats).
 - Si vous êtes ressortissant(e) d'un Etat étranger, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de votre Etat d'origine ou de provenance.
 - Si vous êtes ressortissant(e) d'un Etat de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen qui exige une preuve de moralité ou d'honorabilité, cet extrait peut être remplacé par une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de votre Etat d'origine ou de provenance certifiant que vous remplissez ces conditions de moralité ou d'honorabilité.
-
- **Pour un exercice salarié :**
 - Attestation de cessation d'activité de votre ancien employeur
 - Attestation de travail de votre employeur en Polynésie française.
 - **Pour un exercice libéral :**
 - Attestation de cessation d'activité de votre ancien employeur.
 - Justificatif d'une activité professionnelle de trente-six mois (36), soit un total de 4 800 heures de temps de travail effectif durant les six dernières années.
 - Copie de votre patente.
 - Copie de votre Situation au répertoire des entreprises / N° TAHITI.
 - Copie de votre assurance responsabilité civile et professionnelle en cours de validité (non obligatoire mais fortement recommandée)
 - Copie de votre code Tiers délivré par la CPS.
 - ➔ **Pour l'infirmier libéral titulaire il faudra également :**
 - Copie de votre n° I délivré par la CPS (Infirmier titulaire).
 - Copie de votre contrat d'association ou de collaboration le cas échéant (Infirmier titulaire).
 - Copie de de votre contrat de vente en cas de rachat de patientèle (Infirmier titulaire).



CONSEIL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

6

-----Formulaire d'inscription-----

Le dossier d'inscription est à envoyer accompagné de toutes les pièces demandées :

- De préférence par mail à l'adresse :
secretariat@infirmiers.pf ou coipf.tahiti@infirmiers.pf
- Par voie postale à l'adresse :
Conseil de l'Ordre des Infirmiers de la Polynésie française
BP 51566
98716 PIRAE – TAHITI
- Ou déposé au siège de l'Ordre des Infirmiers de Polynésie française **sur RDV uniquement**

- Téléphone : *87 71 18 94*
- Permanence téléphonique : *du lundi au vendredi de 7h00 à 11h30*
- Permanence bureau : *du mardi au vendredi de 7h00 à 11h00 sur RDV*
- Site internet : *www.infirmiers.pf*

Pour les demandes de remplacements des IDEL Titulaire, l'adresse mail à laquelle soumettre votre demande est :
coipf.tahiti@infirmiers.pf **uniquement**