



AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION
SANTITAIRE ET SOCIALE

*Piha 'Ohipa no te Matutura'a 'o te Ea
'e te Turuuta'a*

Cadre réservé à l'ARASS

Numéro d'arrivée :

Date :

ETAT CIVIL & COORDONNEES

Civilité : Madame Monsieur Docteur(e)
Nom (de naissance) : Nom (marital) : Prénoms :
Date de naissance : Lieu de naissance : Département :
Nationalité : Française Étrangère (précisez) :
Adresse (géographique) :
Boîte postale : Code postal : Commune :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Courriel (personnel) : Langues :

TITRE(S) ET QUALIFICATION(S) PROFESSIONNEL(S)

Profession :
• Diplôme, certificat, titre :
Date d'obtention :
Lieu d'obtention :
Pays de délivrance : France UE, EEE, AELE Étranger (précisez) :
• Qualification(s) de spécialiste délivrée(s) par l'Ordre professionnel (précisez) :
• Autorisation hexagonale d'exercice :
Date d'autorisation d'exercice :
Spécialité(s) (précisez) :

SITUATION PROFESSIONNELLE ANTERIEURE

1^{ère} année d'activité en France : 1^{ère} année d'activité en Polynésie française :

INSCRIPTION ORDINALE (s'il y a lieu)

Ordre professionnel : National Polynésien Nouvelle-Calédonie Autre
 Inscription ordinale 2026 : Numéro n° Radiation du :

ACTIVITÉS EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

Situation professionnelle :
 Recherche d'emploi
 Dans les trois mois, je m'engage à communiquer mon lieu d'exercice professionnel
 Salarié Libéral
Début : Fin : Lieu d'exercice professionnel : Commune :
Téléphone (bureau) : Courriel (professionnel) :

J'autorise les autorités à me communiquer des informations de santé publique.
 Je déclare l'exactitude des renseignements fournis.

Date :

Signature :

Vous remerciant du soin que vous prendrez à compléter ce document.