



INSCRIPTION EN FORMATION PREPARANT AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER. CANDIDATS PARCOURSUP Rentrée du 02.09.2019

Pour vous inscrire, vous devez transmettre les pièces demandées ci-dessous :

- soit en les déposant directement au secrétariat des Instituts de Formation les **lundi, mardi, mercredi et vendredi de 09 h 00 à 11 h 45 à partir du Mercredi 15.05.2019 et au plus tard le Vendredi 19.07.2019 à 11 h 45**. Nous vous prions de respecter **impérativement** ces horaires,
- soit en les envoyant par courrier en recommandé avec accusé de réception, **au plus tard le Vendredi 19.07.2019 cachet de la poste faisant foi**.

1°) INSCRIPTION ADMINISTRATIVE :

1°) Une lettre manuscrite confirmant votre inscription (cf. modèle ci-joint, document n° 1),

2°) La feuille de renseignements ci-jointe dûment complétée,

3°) Un chèque bancaire ou postal de **170 Euros**, établi à l'ordre du **Trésor Public**.

Ce paiement reste acquis à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers en cas de désistement.

4°) 3 photos d'identité (taille standard : 3,5 x 4,5 cm) en indiquant derrière chaque photo vos noms et prénoms dont une est à coller sur la fiche de renseignement : tête nue, de face et sur fond blanc, conformément à la réglementation relative aux photographies de pièce d'identité,

5°) La photocopie de la carte d'identité (ou de séjour) en cours de validité (le recto et le verso devant être réalisé sur une seule face)

6°) La photocopie recto-verso de l'attestation de droits à l'assurance maladie en cours de validité (ou celle de la personne dont vous êtes ayant droit) et indiquer l'adresse complète de votre centre de rattachement, si celle-ci n'est pas précisée sur l'attestation,

7°) L'attestation de paiement de la Contribution de Vie Etudiante et de Campus (C.V.E.C). Pour obtenir cette attestation, vous devez vous connecter sur le site messervices.etudiant.gouv.fr, ouvrir un compte MSE (Mes Services Etudiant) et vous acquitter par carte bancaire de la somme de **90 €**,

8°) La photocopie de votre titre d'accès sur Parcoursup :

- Diplôme du baccalauréat (pour les bacheliers antérieurs à 2019)

- ou : Relevé de notes pour les bacheliers de 2019,

- ou : Attestation de validation des U. E. de la PACES,

- ou : Décision du Jury Régional de Présélection,

- ou : **Diplôme étranger accompagné de l'équivalence délivrée par le Centre ENIC de Sèvre (92) où doit être stipulé que votre diplôme permet l'accès à l'université dans le pays où il a été délivré. Sans cette précision, l'attestation ne pourra être prise en compte.**

9°) Deux Relevés d'Identité Bancaire originaux à votre nom

10°) Une attestation d'assurance en responsabilité civile. Elle devra impérativement être établie à votre nom, couvrir au minimum la première année (Sept. 2019 à Sept. 2020) et comporter, dans le cadre de la formation infirmière, l'ensemble des garanties et informations mentionnées sur le document n°2 intitulé « informations complémentaires ».

2°) VOLET FINANCIER :

1°) Si vous étiez scolarisé(e) durant l'année 2018/2019, la photocopie de votre certificat de scolarité,

2°) Si vous êtes inscrit(e) à une mission locale, une fiche de liaison originale précisant la date d'inscription,

3°) Si le coût de votre formation est pris en charge par un employeur ou un autre organisme financeur (FONGECIF, ANFH...): fournir l'attestation de prise en charge de l'employeur ou de l'organisme,

4°) Si vous êtes inscrit(e) au POLE EMPLOI indemnisé(e) ou non, une photocopie de l'avis de situation précisant la date d'inscription au Pôle emploi, la catégorie de demandeur d'emploi, ainsi que la date de début et de fin de droit. Si votre inscription au POLE EMPLOI ne couvre pas le délai de 6 mois à la date de la rentrée, vous devrez vous acquitter des frais de formation. Le montant minimum est de 8.000 euros TTC par année de formation, montant correspondant à la scolarité 2019/2020 et susceptible d'être réévalué pour les scolarités 2020/2021 et 2021/2022 (cf. document n° 3, rappel sur les conditions de prise en charge),

5°) Si votre inscription au Pôle Emploi est inférieure à 6 mois à la date de la rentrée ou si votre employeur ne prend pas en charge les frais de formation, vous devrez fournir une attestation sur l'honneur de la prise en charge à titre personnel des frais de formation (cf. modèle ci-joint, document n° 4).

3°) DOSSIER MEDICAL : Pièces à fournir à la pré-rentrée du 29.08.2019

Les documents doivent être datés de moins de 3 mois au jour de la rentrée, soit après le 02 juin 2019.

1°) Un certificat médical émanant d'un médecin agréé (cf. liste jointe, document n°5) attestant que le (la) candidat(e) présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession.

2°) L'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires ci-jointe complétée, datée, signée et tamponnée par votre médecin traitant. Joindre les résultats du laboratoire pour la sérologie de l'hépatite B obligatoirement réalisée en 2019.

3°) Le compte rendu d'une radio pulmonaire,

4°) La photocopie de toutes les pages concernant les vaccinations de votre carnet de santé.

Une PRE-RENTREE AURA LIEU LE JEUDI 29 AOUT 2019 DURANT LAQUELLE LES ORGINAUX DE TOUS LES DOCUMENTS FOURNIS ET NOTAMMENT LES DIPLOMES SERONT A PRESENTER

Un courrier vous sera adressé ultérieurement vous indiquant l'heure précise de celle-ci.

Modèle de lettre de confirmation d'entrée en formation pour les candidats sélectionnés par
Parcoursup

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
TELEPHONE :

Ville de résidence, date

Madame CHICHE Michèle
Directrice des Soins,
Directrice des Instituts de Formation
Robert BALLANGER
C. H. I. Robert BALLANGER
93600 AULNAY-SOUS-BOIS

Objet : Confirmation d'inscription à la formation infirmière – Rentrée Septembre 2019

Madame,

Suite à mon admission sur Parcoursup pour l'entrée en première année de formation préparation au diplôme d'Etat Infirmier, je vous confirme mon choix de m'inscrire à la formation pour la rentrée de Septembre 2019 dans votre institut.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

NOM et PRENOM,

Signature,

Edition : 2019

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

1°) OUVRAGES A ACHETER POUR LA RENTREE :

La liste des ouvrages vous sera communiquée ultérieurement.

2°) ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE :

Un contrat d'assurance responsabilité civile vous est demandé dans le cadre de la formation afin de vous couvrir pour tout dommage matériel et immatériel causé à autrui et à vous-même.

L'ensemble des informations mentionnées ci-dessous doivent **impérativement** figurer sur l'attestation, **sinon cette dernière sera rejetée.**

- Elle devra être **nominative, couvrir la période de formation et préciser les garanties suivantes :**

- accidents corporels causés aux tiers,
- accidents matériels causés aux tiers,
- dommages immatériels

- Elle devra vous couvrir pour **les stages médicaux (ou paramédicaux) en milieu hospitalier (ou extra-hospitalier).**

RAPPEL SUR LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION POUR LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS – RENTREE SEPTEMBRE 2019

1°) Le coût de votre formation est pris en charge par le Conseil Régional si, **au moment de l'entrée en formation**, vous appartenez à l'une des catégories suivantes :

- les élèves et étudiants âgés de 25 ans ou moins inscrits ou non en Mission locale, à l'exception faite des apprentis,
- les élèves et étudiants sortis du système scolaire depuis moins de deux ans, à l'exception faite des apprentis,
- les demandeurs d'emploi (catégories A et B), inscrits à Pôle emploi **depuis 6 mois au minimum à l'entrée en formation**, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par Pôle emploi,
- les bénéficiaires des contrats aidés (CAE, CIE, Emploi d'Avenir...) y compris en cas de démission,
- les bénéficiaires du RSA,
- les élèves et étudiants dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation.

A chaque rentrée scolaire, vous devrez néanmoins payer des droits d'inscription.

2°) Si vous appartenez à l'une des catégories suivantes, le coût de la formation n'est pas pris en compte par le Conseil Régional. **Si vous ne bénéficiez pas d'une prise en charge (par votre employeur ou tout autre organisme financeur)**, vous devrez vous acquitter des frais de formation d'un montant minimum de **8.000 € T.T.C.** par année de formation (montant correspondant à l'année 2019/2020, sous réserve de réévaluation pour les scolarités 2020/2021 et 2021/2022) :

- les agents publics (y compris en disponibilité),
- les salariés du secteur privé,
- les démissionnaires (sauf pour les bénéficiaires d'un contrat aidé avant l'entrée en formation),
- les demandeurs d'emploi ayant mis fin à un contrat de travail **par démission ou rupture conventionnelle dans les 6 mois précédant l'entrée en formation**,
- **toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par le FONGECIF**,
- les abandons intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation,
- les apprentis,
- les effectifs des préparations aux concours,
- les personnes en validation des acquis de l'expérience,
- les passerelles,
- les médecins étrangers,
- et tout autre cas ne rentrant pas dans la catégorie des effectifs bénéficiant d'une prise en charge par le Conseil Régional.

Modèle d'attestation sur l'honneur pour la prise en charge financière personnelle des frais de formation

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
TELEPHONE :

SPECIMEN

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) *Madame ou Monsieur (nom / prénom)* atteste prendre en charge à titre personnel les frais de formation correspondants au coût de la formation préparant au Diplôme d'Etat Infirmier, à savoir 8.000 € TTC par année de formation, soit 24.000 € TTC au total, sous-réserve de réévaluation pour les scolarités 2020/2021 et 2021/2022.

Cette attestation est établie sur demande des Instituts de Formation Robert BALLANGER pour servir et faire valoir ce que de droit.

Ville de résidence, date
NOM et PRENOM,

Signature,

SPECIMEN



ACQUIS SCOLAIRES (cocher la bonne case)

BACCALAUREAT - Série _____

DIPLOME UNIVERSITAIRE :
 Lequel ? _____

Autre diplôme : _____

NOM DE NAISSANCE : _____ PRENOM : _____

NOM D'USAGE : _____ femme mariée veuve divorcée

SEXE : MASCULIN FEMININ NATIONALITE : _____

NE(E) LE : ___ / ___ / ___ à (commune) : _____ Département : _____

SITUATION DE FAMILLE : (cochez la case correspondante)

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve) Pacsé(e)

ADRESSE : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

TELEPHONE FIXE TELEPHONE PORTABLE

ADRESSE MAIL : _____ @ _____

NIVEAU D'ETUDES ET CERTIFICATS OU DIPLOMES DONT VOUS ETES TITULAIRES AVEC DATE D'OBTENTION :

EMPLOIS ANTERIEURS OU EXPERIENCE (DATES PRECISES) :

Vous devez fournir obligatoirement votre numéro INE ou BEA (le numéro identifiant national figure sur votre relevé de notes du baccalauréat (BEA) ou sur votre dernière carte d'étudiante). Si ce n'est pas le cas, contactez votre établissement d'origine. Ce numéro est constitué de 10 chiffres et d'une lettre.

N° INE OU BEA

SITUATION SOCIALE ACTUELLE : (au cours des 12 mois précédant l'entrée en formation) *Cocher la case correspondante*

SALARIE(E) Suivrez-vous la formation au titre de la promotion professionnelle ? OUI⁽¹⁾ NON

^(*) SI OUI, préciser les coordonnées complètes (adresse et téléphone) de votre employeur :

INSCRIT(E) POLE EMPLOI DEPUIS _____

BENEFICIAIRE D'UN CONTRAT AIDE (CAE, CIE...) Préciser le type : _____

BENEFICIAIRE DU R.S.A. (EX. API) DEPUIS _____

SORTANT DE SCOLARITE : Etudes secondaires (jusqu'au baccalauréat)
 supérieures, précisez la filière _____

AUTRE Préciser : _____

SITUATION VIS-A-VIS DE LA SECURITE SOCIALE : (cocher la case correspondante)

Assuré(e) à votre nom - Numéro d'affiliation : _____

Ayant droit de (préciser le lien de parenté) : _____

Numéro d'affiliation : _____

VOTRE FAMILLE : (A compléter quelque soit votre situation)

Profession de votre père (si retraité ou décédé, indiquez la profession exercée auparavant) _____

Profession de votre mère (si retraité ou décédé, indiquez la profession exercée auparavant) _____

Profession du conjoint : _____

Nombre de frères et sœurs : _____

Prénom et âge de vos enfants : _____

ORIGINE GEOGRAPHIQUE : (Préciser le nom et le numéro du département)

Département de fin de scolarité : _____

Département de résidence avant l'entrée en formation : _____

PERSONNE A CONTACTER : (cocher les cases correspondantes)

M. Mme NOM (en majuscule) : _____

LIEN DE PARENTE : Père Mère Conjoint/Mari Autre : _____

TELEPHONE

--	--	--	--	--

Date : / / 2019

Signature,

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

Docteur Nom Prénom _____
Titre et qualification _____ Lieu, date _____
Adresse _____
Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Je, soussigné(e) Dr _____, certifie que M / Me
Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Candidat(e) à l'inscription à (entourer la filière choisie) : a été vacciné(e) :

- professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien ;
- autres professions de santé : aide-soignant, ambulancier, auxiliaire de puériculture, infirmier, infirmier spécialisé, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, technicien en analyses biomédicales.

• **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Contre l'hépatite B, (Fournir un double des résultats d'analyses du laboratoire pour la sérologie)**

Nom du vaccin	Date	N° lot

Sérologie	Date	Résultats
Ac anti-HBS (> 10 UI/l)		

Selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (**cocher les mentions utiles**) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur(se) à la vaccination : oui non

• **Par le BCG (obligatoire aussi pour d'autres filières d'études) :**

Dans le cas où l'étudiant(e) a déjà été vacciné(e), compléter le cadre ci-dessous :

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot

Sont considérées comme ayant satisfait à la vaccination par le BCG (Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques, qui détermine les conditions dans lesquelles la cicatrice pourra être considérée comme une preuve d'une vaccination par le BCG.) :

- les personnes apportant la preuve écrite de cette vaccination ;
- les personnes présentant une cicatrice vaccinale pouvant être considérée comme la preuve de la vaccination par le BCG.

IDR à la tuberculine	date	Résultat (en mm)

Les dispositions réglementaires ont été récemment modifiées. A compter du 1er avril 2019, l'obligation d'une vaccination par le BCG est suspendue pour les personnes qui sont inscrites dans les établissements préparant au métier d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'infirmier. Toutefois, le médecin de santé au travail du lieu de stage apprécie l'exposition au risque de tuberculose.

Une IDR sera pratiquée que s'il y a risque et pas de vaccination antérieure.

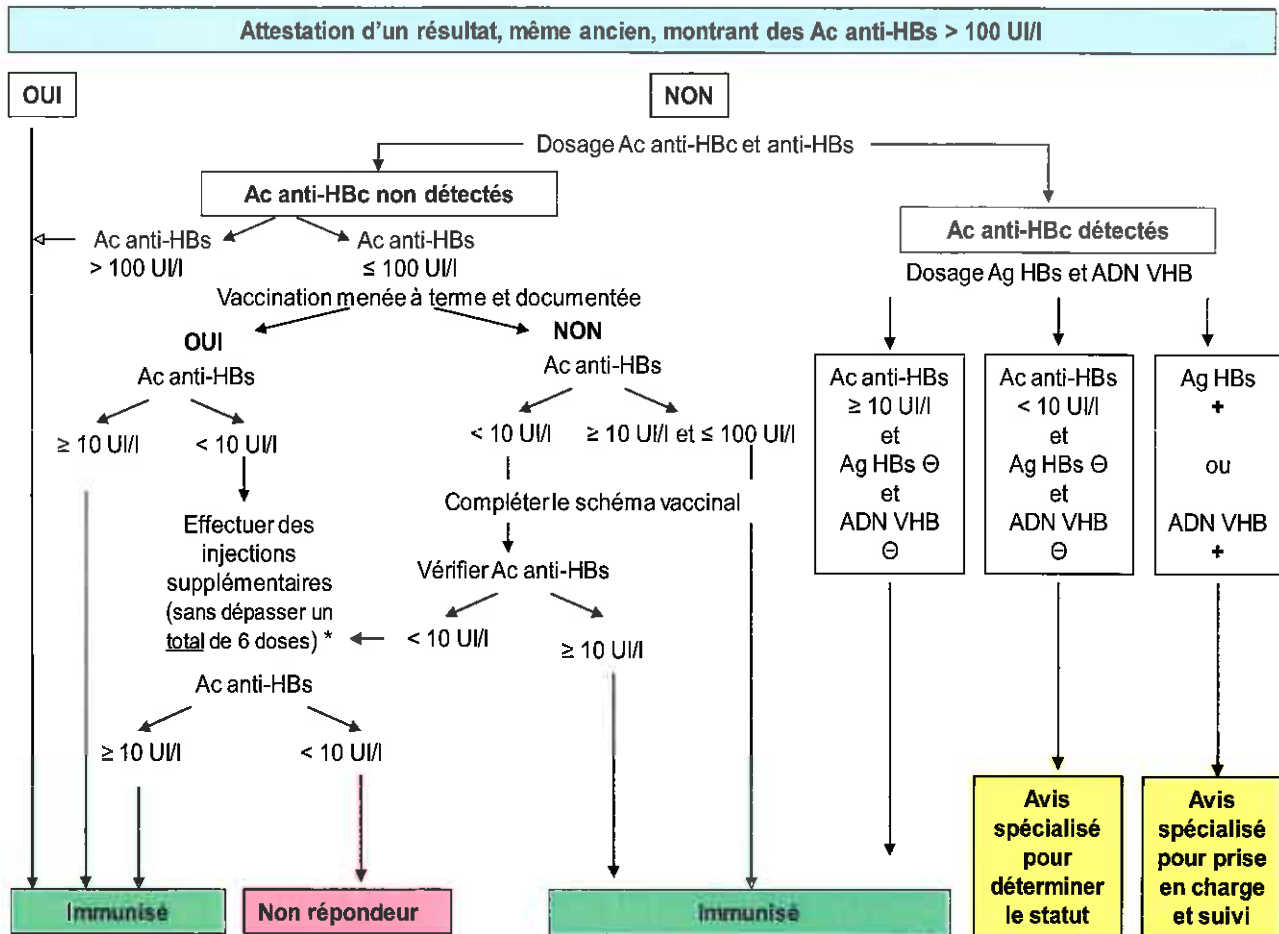
Une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sera proposée au cas par cas aux étudiants possiblement exposés de façon répétée au risque tuberculeux dans le cadre de leurs stages, non antérieurement vaccinés et ayant un test immunologique de référence négatif.

- **Radiologie Pulmonaire obligatoire réalisée (moins de 3 mois) : OUI - NON (Fournir le compte rendu)**

Signature et cachet du médecin

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

VACCINATIONS RECOMMANDEES

VACCIN DT POLIO / COQUELUCHE		
Date	Type d'Injection	N° Lot
	1 ^{ère} Inj.	
	2 ^{ème} Inj.	
	3 ^{ème} Inj.	
	Rappel	
	Rappel	
	Rappel	

HEPATITE A	
Date	Taux des anticorps

Date	Type d'Injection	N° Lot

RUBEOLE		
Date	Spécialité	N° Lot

Date	Taux des anticorps

VARICELLE		
Date	Spécialité	N° Lot
Date de la maladie		
Ou		
Date sérologie		
Taux des anticorps		
Si sérologie négative		
Date du vaccin	Spécialité	N° Lot

ROUGEOLE		
Date	Spécialité	N° Lot
Date de la maladie		
Ou		
Date sérologie		
Taux des anticorps		
Si sérologie négative		
Date du vaccin	Spécialité	N° Lot

Date : _____
Signature et Tampon du médecin

PREFECTURE DE LA SEINE-SAINT-DENIS



**LISTE DES MEDECINS AGREES DU
DEPARTEMENT DE LA SEINE-SAINT-DENIS**

2016

Référence : Arrêté n° 2012-2449 du 23.08.2012

Edition : *Avril 2016*

Liste des médecins agréés du département de la Seine Saint Denis

Arrêté n° 2015 – 2124 fixant le renouvellement, pour une période de trois ans, de la liste des médecins généralistes et spécialistes agréés chargés de statuer sur les conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et aux régimes de congés maladie des fonctionnaires et de participer aux comités médicaux et commissions de réforme dans le département de la Seine-Saint-Denis

Cet arrêté a été publié au Bulletin des Actes Administratifs du département de la Seine Saint Denis du 18 août 2015.

NOM	PRENOM	ADRESSE	CP	VILLE	TELEPHONE
GENERALISTES					
ABERGEL	Henri	14, rue Berthier	93500	Pantin	01 48 91 37 55
ABOULKER	Richard	Cité Allende - 9 allée Che Guevarra	93200	Saint-Denis	01 48 22 84 39
ALLOUCHE	Norbert	77, rue Louis Auguste Blanqui	93140	Bondy	01 48 47 02 70
AOUSTIN	Gérard	CMS Henri Wallon - 2, rue de la République	93700	Drancy	01 48 96 45 50
BATARD	Christian	7 avenue Aristide Briand	93320	Pavillons sous Bois	01 48 47 18 68
BENIGUI	Daniel	1, rue Joannes	93220	Gagny	01 43 81 56 80
BRANSTEN	Marc Michaël	166 avenue Henri Barbusse	93700	Drancy	01 48 95 07 77
BRODARD	Pierre	20 avenue du Général Leclerc	93120	La Courneuve	01 49 92 60 61
CASTALDI-PECOT	Isabelle	CMS 5, rue du Docteur Pesqué	93300	Aubervilliers	01 48 11 21 90
CATTIN	Jean Michel	5 Boulevard Aristide Briand	93100	Montreuil	01 42 87 24 00
CHEMOUNY	Bernard	18 Boulevard Galléni	93600	Aulnay sous Bois	01 48 68 15 95
CLERE	Jean Luc	10 Boulevard Eugène Decros	93260	Les Lilas	01 43 63 75 04
COHEN-DONACHIE	Rebecca-Yvette	CMS Marcel Hanra 1, rue Circulaire Henri Jousseau	93250	Villemomble	01 45 28 80 80
DARBOIS	Dominique	45 bis allée du Jardin Anglais	93340	Le Raincy	01 43 81 21 41
DJOUAB	Mohad	CMS Henri Barbusse - 62 avenue Gabriel Péri	93400	Saint-Ouen	01 49 45 77 65
DOUKHAN	Jean Claude	215, rue Jean Jaurès	93000	Bobigny	01 41 60 88 77
DROUX	Daniel	CPS Aimé Césaire 26, rue de la Ferme	93000	Bobigny	01 75 34 30 00
DUHOT	Didier	10/12, rue Cornet	93500	Pantin	01 49 15 48 33
DUTEURTRE	Martin	13, rue Sadi Carnot	93170	Bagnolet	01 56 63 91 01
EDERY	Abraham	17, rue René Camier	93000	Bobigny	01 48 95 92 79
FAUVEAU	Francis	71, rue Maurice Grandcoing	93430	Villetaneuse	01 48 21 55 21
FELLOUS	Edgard	22 avenue Edouard Vaillant	93000	Bobigny	01 48 47 37 32
GEORGEAUD	Michel	170 avenue Gabriel Péri	93370	Montfermeil	01 43 30 00 23
GRANDET	Bruno	15 bis Boulevard du Nord	93340	Le Raincy	01 43 81 81 07
GRUNBERG	Philippe	16, rue Parmentier	93220	Gagny	01 43 81 55 32
GUERRINI	Jean	7 avenue Jean Jaurès	93110	Rosny sous Bois	01 48 55 34 82
HANOUNA	Ange	28, rue Jean Moulin	93260	Les Lilas	01 43 62 86 86
ISSAN	Victor	Résidence PAMA 6 allée Jules Massenet	93390	Clichy sous Bois	01 43 32 25 49
JABRI	Rabia	89 avenue de la République	93420	Villepinte	01 49 63 13 13
LAUDE	Michel	45, rue Emile Zola	93120	La Courneuve	01 43 52 67 21
LAZIMI	Gilles	91, rue Saint-Germain	93230	Romainville	01 41 83 17 70
LE CORRE	Patrick	42, rue Auguste Poulain	93200	Saint-Denis	01 49 46 06 76
MARLAND	Xavier	201 allée de Montfermeil	93390	Clichy sous Bois	01 43 02 09 86
MENEHINI DOSSOU DOGASS	Eliane	30/34, rue Du Commandant Belleux	93250	Villemomble	01 48 54 14 22
MERTENS	Jean-Luc	73 avenue du Président Wilson	93100	Montreuil	01 42 87 69 15
MOREAU	Corinne	7 avenue Auguste Blanqui	93420	Villepinte	01 49 63 41 80
NEMORIN	Michael	49 avenue Jean Jaurès	93220	Gagny	01 44 13 89 61

RUELLAND	Guislain	90 Boulevard Jean Jaurès	93190	Livry Gargan	01 43 88 03 96
SARFATI	Hervé	73 avenue du Président Wilson	93100	Montreuil	01 42 87 69 15
SEBBAG	Mardoche	30 bis, rue Moulin Neuf	93240	Stains	01 48 21 00 14
TAIFOUR	Sabine	Cabinet médical 4, rue Utrillo	93370	Montfermeil	01 43 30 34 58
THIOLLIER	Patrice	7, rue Paul Verlaine	93240	Stains	01 48 26 65 77
TORO	Ludovic	1, rue Clarisse Louvet	93470	Coubron	01 43 88 90 70
WOHRER	Philippe	43, rue Jules Guesde	93140	Bondy	01 48 47 11 11

PSYCHIATRES					
ARENA-SERVAIS	Gabrielle	EPS de Ville Evrard - 202 avenue Jean Jaurès	93330	Neuilly Sur Marne	01 43 09 31 06
BOILLET	Didier	EPS de Ville Evrard - 202 avenue Jean Jaurès	93330	Neuilly Sur Marne	01 43 09 31 11
BREDA	Laurence	Hôpital Maison-Blanche Pole PSP - 3 avenue Jean Jaurès	93330	Neuilly Sur Marne	01 49 44 33 33
BUGUET	Jean-Pierre	EPS Maison Blanche 4 avenue de la Porte de Saint-Ouen	75018	Paris	01 53 11 12 63
CHRISTODOULOU	Natalie	EPS Maison Blanche Site Lasalle 10/14, rue du Général Lassale	75019	Paris	01 80 96 55 00
DAOUD	Véronique	EPS de Ville Evrard - 202 avenue Jean Jaurès	93330	Neuilly Sur Marne	01 43 09 30 76
HASBI-LEVI	Ferdaouss	EPS de Ville Evrard - 202 avenue Jean Jaurès	93330	Neuilly Sur Marne	01 43 09 34 21
LINARES	Isa	EPS de Ville Evrard - 202 avenue Jean Jaurès	93330	Neuilly sur Marne	01 43 09 34 82
MSELLATI	Annie	EPS Maison Blanche 4 avenue de la Porte de Saint-Ouen	75018	Paris	01 53 11 12 63
TACHON	Jean-Paul	EPS Ville Evrard - 202 avenue Jean Jaurès	93330	Neuilly Sur Marne	01 43 09 34 21

PNEUMOLOGUES					
ALMEIDA	Fatima	49, rue René Deschamps	93700	Drancy	09 80 67 44 15
JOUDIQU	Pascal	12, rue de la République	93200	Saint-Denis	01 48 09 30 31
PIQUET	Jacques	CHI Le Raincy-Montfermeil - 10, rue du Général Leclerc	93370	Montfermeil	01 41 70 81 60

CARDIOLOGUES					
HIRSCH	Edmond-Bernard	17 allée Bayard	93190	Livry Gargan	01 43 01 13 58

RHUMATOLOGUES					
BENAMOUT GRIMBERT	Marie-Paule	CMS Henri Barbusse - 62 avenue Gabriel Péri	93400	Saint-Ouen	01 49 45 68 90
DAUPLEIX	Denis-Jacques	2/4 avenue Aristide Briand	93160	Noisy Le Grand	01 48 08 16 32
MAGE	Bernard	126 avenue du Président Wilson	93320	Pavillons sous Bois	01 48 48 27 91

RÉÉDUCATION READAPTATION FONCTIONNELLE					
CARZON	Jacques	Clinique du Landy - 23, rue du Landy	93400	Saint-Ouen	01 49 45 84 66

URGENTISTES					
FOUNAS	Abdelkader	CHI Le Raincy-Montfermeil 10, rue du Général Leclerc	93370	Montfermeil	01 41 50 26 62

ORL					
BOUAZIZ	Jean-Gérard	1, rue Carnot	93000	Bobigny	01 48 95 40 79
HARDY	Jean-Jacques	215 avenue Jean Jaurès	93000	Bobigny	01 41 60 19 40