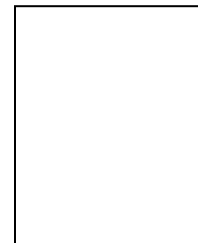


ORDRE NATIONAL DES MEDECINS  
DU CAMEROUN  
CAMEROON NATIONAL MEDICAL COUNCIL  
Yaoundé

PHOTOGRAPHIE /  
4X4



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE**  
*REQUEST FOR INSCRIPTION ON THE REGISTER OF THE COUNCIL*

**QUESTIONNAIRE**  
QUESTIONNAIRE

1. Nom :  
*Family name*
  2. Prénoms :  
*First names*
  3. Nom de naissance (en cas de changement de nom) :  
*Birth names (in case of change name)*
  4. Nationalité actuelle :  
*Present nationality :*
  5. Nationalité d'origine:  
*Nationality of origin :*
  - a) Par quel moyen l'avez-vous acquise (naturalisation, déclaration, etc...) ?  
*How did you obtain it? (By naturalization, declaration, etc...)*
  - b) Fournir le décret de naturalisation ou un certificat de nationalité camerounais :  
*Produce the naturalization decree*
  6. Date et lieu de naissance :  
*Date and place of birth*
  7. Etes-vous marié (e)?  
*Are you married ?*
  8. Nom et prénom du conjoint :  
*Family name and surname of spouse*
  9. Date et lieu de naissance du conjoint :  
*Date and place of birth of spouse*
  10. Nom, prénoms et date de naissance de vos enfants (1)  
*Surname, first names and date of birth of your children (1)*
- 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5

11. Adresse complète du lieu où vous comptez exercer la médecine

*Full address and place where you wish to practice*

---



---



---

a) N° de téléphone

*Telephone number*

b) N° de télécopie (fax) :

*Telefax number*

c) Votre adresse électronique (e-mail) :

*Your e-mail address*

Si vous n'êtes pas encore installé, domicile actuel :

*If you are not yet employed give your residential address*

---

**(1) Eventuellement, enfants à charge**

*Eventually children under your charge*

12. Etes-vous muni du diplôme de fin d'études secondaires ? (baccalauréat ou GCA level) \_\_\_\_\_

*Have you a secondary school certificate (baccalaureat or GCA level)* \_\_\_\_\_

13. Durée de vos études médicales :... Cycle études fondamentales : de .....à...

*Duration of your basical medical training*

Cycle études cliniques: de..... à.....

14. Faculté (s) ou Ecole (s) où vous avez fait vos études de médecine \_\_\_\_\_

*In what Faculty or Medical School were you trained ?* \_\_\_\_\_

Etudes médicales	Faculté Faculty	Pays Country	Date	Etudes médicales	Faculté	Pays	Date
1 <sup>ère</sup> année	.....		.....	5 <sup>e</sup> année			.....
2 <sup>e</sup> année	.....		.....	6 <sup>e</sup> année			.....
3 <sup>e</sup> année	.....		.....	7 <sup>e</sup> année			.....
4 <sup>e</sup> année	.....		.....	8 <sup>e</sup> année			.....

15. Date et lieu d'obtention du Doctorat en médecine \_\_\_\_\_

*Date and place of graduation as medical doctor* \_\_\_\_\_

16. Titre de la thèse (éventuellement) \_\_\_\_\_

*Title of thesis (eventually)* \_\_\_\_\_

17. Titres universitaires et hospitaliers \_\_\_\_\_

*University and hospital titles*

(à détailler) (1) \_\_\_\_\_

*(detaille) (1)*

18. Distinctions honorifiques

*Honorary distinctions*

19. Etes-vous titulaire d'un diplôme de spécialiste ? lequel ?

*Do you have a diploma specializing you in any medical field ? which?*

---

20. Date, et Etablissement d'obtention du diplôme de spécialiste

*Date, place of delivery of your subspecialty graduation*

---

21. Avez-vous fait des remplacements ?

*Have you ever done relief duty ?*

22. Enumérez les noms et adresses des Médecins remplacés, les dates et la durée des remplacements

*Give the name and addresses of the doctors you have relieved and the dates and durations of these relieves*

Nom et adresse du médecin remplacé <i>Name &amp; address of the doctor relieved</i>	Durée du remplacement <i>Duration of the relief</i>

23. Avez-vous été inscrit à un Tableau de l'Ordre ? et à quelle date et où (1)

*Have you ever been registered in any medical council ? where ? (1)*

Date \_\_\_\_\_ où \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ place \_\_\_\_\_

24. Où et quand avez-vous exercé comme médecin avant votre arrivée au Cameroun ?

*Where have you practice medicine before coming to Cameroon ?*

Pays - ville	Période

25. Donnez 2 ou 3 références de notoriété médicale pouvant donner des informations sur vos qualités de médecin

*Give 2 or 3 references authorities who can testify on your medical skills*

NOMS - Names	Adresse –Address (téléphone-Fax-e-mail)

26. Avez-vous des intérêts dans un organisme ou dans une entreprise touchant les professions médicales ou paramédicales ? lesquels ?

*Have you interests in any institution or company having links with the medical and paramedical profession ? which ones?*

---

27. Avez-vous déjà des propositions d'emploi comme médecin ?(2)

*Have you been proposed a job as medical doctor(2) ?*

Où \_\_\_\_\_

Where? \_\_\_\_\_

28. Avez-vous encouru des peines prononcées par la juridiction disciplinaire d'un Ordre de Médecin?

*Have you ever been sanctioned by the disciplinary committee of any Medical Council ?*

a) Lesquelles? \_\_\_\_\_

*What was the sanction?*

b) A quelle date? \_\_\_\_\_

*When ?*

c) Pourquoi ? \_\_\_\_\_

*Why ?*

29. Quelles condamnations pénales ou civiles avez-vous déjà encourues ? Et quand ? pourquoi ?

*What criminal or civil cases have you had ? when? why?*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

30. Une instance judiciaire (pénale, civile, ou disciplinaire) est-elle actuellement pendante à votre égard ?

*Have you any criminal, civil or disciplinary cases pending ?*

Où \_\_\_\_\_ pourquoi? \_\_\_\_\_

Where? \_\_\_\_\_ Why ? \_\_\_\_\_

31. Avez-vous suivi le service militaire (Armes, grade, etc.)

*Have you had any military service?*

- Je demande mon inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins du Cameroun  
*I wish to apply my inscription in the register of the National Medical Council.*
- Je jure sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité.  
*On my honor I certify that the declarations here to made are true*
- J'autorise toutes les vérifications nécessaires et je m'engage à envoyer au Conseil de l'Ordre des Médecins un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes.  
*I authorize all necessary verifications to be made and I will send to the council a rectified copy should there be any modification to the above declarations*

Il est entendu que, toute information avérée contradictoire m'expose à l'annulation de mon inscription éventuelle au Tableau de l'Ordre des Médecins sans préjudice des conséquences de ladite inscription.

*It is understood that at all times if any contradictory information is found this could call cancellation of any membership in the C.M.C without prejudice of the consequences of the said registration.*

(Reproduction à la main et signer de la triple formule ci-dessus)

*Reproduced by hand and signed as below.*

**Date :**

**Signature:**

**NB: les questions \_ \_ et \_ sont uniquement destinées au service de l'Entraide. Il doit être obligatoirement répondu à toutes les autres questions.**