



## CONDITIONS OF MEDICAL PRACTICE IN CAMEROON

Deposit date

Name(s) & Surname(s)

Section 2(1) Persons engaged in the practice of medicine in Cameroon shall be subject to registration with Cameroon Medical Council.

Doctors practicing in Cameroon should be conversant with the following:

- \* **Law No.90/036 of 10th August 1990** relating to organization and practice of Medicine in Cameroon.
- \* **Decree No. 83-166 of 12 April 1983** on code of Medical ethics.

### DOCUMENTS FOR APPLICATION TO REGISTER IN THE CAMEROON MEDICAL COUNCIL FOR CAMEROONIANS

- 2 Hand written stamped application of 1000fcfa each
- 2 Applications signed by the employer if the doctor has to work in a colleagues clinic or another clinic not owned by him
- 2 Registration forms(provided by the CMC)
- 2 certificate of nationality
- 2 certified copies of birth certificate
- 2 certified copies of Baccalaureate or GCE A level
- 2 certified copies of academic qualifications(at least Doctorate or specialties)
- 2 Attestations of presentation of the Original Certificates
- 2 certificates of equivalence for diplomas obtained abroad( countries outside Cameroon)
- 2 Non Conviction Police Record dated within 3months
- 2 4x4 passport size photos
- 2 photocopies of the receipt of payment of the sum of FCFA 25000 application fee to CMC
- 2 photocopies of the receipt of payment of the sum of FCFA 50 000 head office building

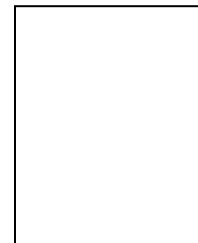
**Payment of all arrears for doctors who have worked without registration in the country full address of the Doctor**

### FOREIGN DOCTORS MUST PROVIDE IN ADDITION

- 2 certificates of reciprocity with the country of origin or any other country that the applicant has practiced
- 2 certificates of Good Standing from the Medical Association of that country
- 2 copies of a Legalized Work Contract

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<br><i>Name &amp; address of the doctor relieved</i> | Durée du remplacement<br><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<br>(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.**