



2025 - Dossier d'inscription 1/2

Copies des documents à nous retourner:

Pièce d'identité ou passeport / Diplômes, certificats, attestations de stage / Carte vitale - RIB

Etat Civil

NOM et Prénom(s)			
Nom de jeune fille		Civilité	Mme Mr
Situation Familiale	Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie maritale PACSé(e)		
Date et lieu de naissance	Né(e) le ____/____/____ à (CP- Ville)		
Nationalité		Invalidité	☐ non ☐ oui (justif)
N° SECU (15 chiffres)	____/____/____/____/____/____/ - ____/____/____	Enfants à charge	

Coordonnées

N° et rue			
Complément			
Code Postal		Ville	
Mobile Professionnel		Mobile personnel	
Tel fixe		Site @	
E-mail			

Profil Portage

Profession						
Descriptif de votre activité						
HELIA Portage	Date entrée souhaitée	____/____/20____	Tarif moyen / consultation	€	Objectif annuel	€
	Déplacements	Oui / Non	Début d'activité	Oui / Non	Honoraires mensuels actuels	€
Lieu d'exercice	☐ A votre domicile ☐ Au domicile de vos patients ☐ Dans un cabinet ☐ En entreprise ☐ Adresse cabinet:					

Confirmation

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ci-dessus

Les renseignements recueillis sur cette fiche sont à l'usage exclusif d'HELIA Portage. Conformément à la loi "informatique et liberté", vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications auprès de la société HELIA Portage pour toute information vous concernant.	Date	____/____/20____
	Signature	



2024 - Dossier d'inscription 2/2

NOM et Prénom					
Situation professionnelle actuelle					
☐ Vous êtes employé(e) <i>joindre la dernière visite médicale ou le certificat de votre médecin traitant</i>		Nom de votre employeur actuel			
		Nature du contrat de travail / Nombre d'heures			
☐ Vous êtes retraité		☐ Vous êtes sans emploi			
☐ Vous êtes sans emploi et inscrit au Pôle Emploi <i>joindre le justificatif</i>		Depuis le		___/___/___	
		Date de fin / Nombre de jours restants			
☐ Autre Statut		Numéro ADELI			
Mutuelle obligatoire					
☐ Mutuelle de votre employeur (<i>joindre attestation</i>)		Nom de la mutuelle		Depuis le	___/___/___
☐ Vous êtes ayant droit de la mutuelle employeur obligatoire de votre conjoint (<i>joindre attestation employeur</i>)		Nom de la mutuelle		Depuis le	___/___/___
☐ Mutuelle privée (<i>joindre attestation</i>)		Nom de la mutuelle		Échéance	___/___/___
☐ Vous souhaitez celle proposée par HELIA Portage					
Assurance					
<i>HELIA Portage souscrit une responsabilité civile professionnelle pour chacun de ses employés. Cependant, il vous faut souscrire à une assurance responsabilité professionnelle nominative pour couvrir votre activité.</i>					
Vous avez déjà une RC Pro (<i>joindre attestation et quittance</i>)					
Compagnie		Courtier		Échéance	___/___/___
☐ Vous n'avez pas encore de RC Pro et souhaitez bénéficier de celle choisie par HELIA Portage					
Formations					
<i>HELIA Portage recommande à chaque porté d'adhérer chaque année à l'union professionnelle de sa spécialité</i>					
Diplômes de vos spécialités				Ecole / Année	
Unions professionnelles					
<i>HELIA Portage vous recommande d'adhérer chaque année à l'union professionnelle de votre spécialité</i>					
Nom unions / syndicats				Date d'adhésion	___/___/___
Motif en cas de refus d'adhésion de votre part					
Confirmation					
<i>Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ci-dessus</i>					
Les renseignements recueillis sur cette fiche sont à l'usage exclusif d'HELIA Portage. Conformément à la loi "informatique et liberté", vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications auprès de la société HELIA Portage pour toute information vous concernant.				Date	___/___/20__
				Signature	