



Direction générale de la santé
Office du Médecin cantonal

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00
autorisation.pratiquer@vd.ch
www.vd.ch/dgs

AUTORISATION DE PRATIQUER

MÉDECIN SOUS SUPERVISION AU BÉNÉFICIAIRE D'UN STATUT DE PROTECTION S

Catégorie S1 (1^{ère} arrivée en Suisse)

Ce formulaire est destiné aux médecins au bénéfice d'un statut de protection S souhaitant pratiquer au sein d'un établissement sanitaire vaudois. Ces médecins ne sont pas engagés dans le cadre d'un cursus de formation et ne peuvent pas occuper de fonctions à responsabilité dans l'établissement. Ils travaillent uniquement sous supervision.

Nom de la personne engagée : _____

Nom avant le mariage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Femme Homme

Adresse privée : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Nationalité : _____

Titre professionnel du pays de provenance : _____

Délivré par : _____ le : _____

Modalités de supervisions : _____

Date d'engagement prévue : _____ Date de fin : _____

Service : _____ Taux d'activité : _____

Lieu, date et signature du futur employeur : _____

Contresignature du médecin engagé

Par ma signature, j'atteste être apte (physiquement et psychologiquement) à exercer ma profession et confirme n'avoir jamais fait l'objet d'une procédure quelconque à mon encontre.

By my signature, I certify that I am fit (physically and mentally) to practice my profession and confirm that I have never been the subject of any procedure against me.

Date et signature : _____

Cette autorisation de pratiquer en qualité de médecin sous supervision dans le canton de Vaud est limitée aux détenteurs de permis S. Elle est établie pour une durée d'une année et renouvelable aussi longtemps que son détenteur est au bénéfice d'un permis S.

L'employeur se porte garant que le niveau de maîtrise du français est suffisant pour assurer les tâches qui seront attribuées au médecin. Il est recommandé que le médecin suive des cours de français.

Nous vous demandons de remettre copie de ce document au médecin et de le rendre attentif à aux mesures de supervision que vous vous êtes engagés à suivre.

Ce document fait office d'autorisation de pratiquer.

Date : _____

Signature pour accord

Dr Karim Boubaker, Médecin cantonal : _____



Direction générale de la santé
Office du Médecin cantonal

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00
autorisation.pratiquer@vd.ch
www.vd.ch/dgs

AUTORISATION DE PRATIQUER

MÉDECIN SOUS SUPERVISION AU BÉNÉFICIAIRE D'UN STATUT DE PROTECTION S

Catégorie S2 - RENOUELEMENT

Ce formulaire est destiné aux médecins au bénéfice d'une autorisation de pratiquer pour catégorie S1 qui pratiquent au sein d'un établissement sanitaire vaudois. Ces médecins ne sont pas engagés dans le cadre d'un cursus de formation et ne peuvent pas occuper de fonctions à responsabilité dans l'établissement. Ils travaillent uniquement sous supervision.

Nom de la personne engagée : _____

Nom avant le mariage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Femme Homme

Adresse privée : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Nationalité : _____ Niveau de maîtrise du français : _____

Titre professionnel : _____

Délivré par : _____ le : _____

Date d'émission de la précédente autorisation de pratiquer sous supervision : _____

Modalités de supervisions : _____

Date d'engagement/renouvellement : _____ Date de fin : _____

Service : _____ Taux d'activité : _____

Lieu et date : _____

Signature du futur employeur : _____

Contre signature du médecin engagé

Par ma signature, j'atteste être apte (physiquement et psychologiquement) à exercer ma profession et confirme n'avoir jamais fait l'objet d'une procédure quelconque à mon encontre.

By my signature, I certify that I am fit (physically and mentally) to practice my profession and confirm that I have never been the subject of any procedure against me

Date & signature : _____

Cette autorisation de pratiquer en qualité de médecin sous supervision dans le canton de Vaud est limitée aux détenteurs de permis S. Elle est établie pour une durée d'une année et renouvelable aussi longtemps que son détenteur est au bénéfice d'un permis S.

L'employeur se porte garant que le niveau de maîtrise du français est suffisant pour assurer les tâches qui seront attribuées au médecin. Il est recommandé que le médecin suive des cours de français. Nous vous demandons de remettre copie de ce document au médecin et de le rendre attentif à aux mesures de supervision que vous vous êtes engagés à suivre.

Ce document fait office d'autorisation de pratiquer.

Date : _____

Signature pour accord

Dr Karim Boubaker, Médecin cantonal : _____

Documents à joindre à la demande d'autorisation de pratiquer

Catégories S

médecin sous supervision hors UE/AELE

au bénéfice d'un statut de protection S

Catégorie S1 – Arrivée en Suisse / 1^{er} emploi dans un établissement sanitaire vaudois

Le médecin débute son activité dans un établissement vaudois

- Formulaire S1 de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé par l'employeur et le médecin ;
- Copie du diplôme de médecin (traduction en français si langue étrangère) ;
- Curriculum vitae à jour ;
- Copie du permis S valide avec photo visible ;

Un émolument de CHF 100.- est demandé pour cette autorisation.

Catégorie S2 – Renouvellement

Le médecin poursuit son activité dans le même établissement vaudois ou débute dans un nouvel établissement vaudois

- Formulaire S2 de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé par l'employeur et le médecin ;
- Curriculum vitae à jour ;
- Copie du permis S valide avec photo visible ;

Un émolument de CHF 100.- est demandé pour le renouvellement de cette autorisation.