

## ATTESTATION DE PARTICIPATION À UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

### I. – Participant

Nom : **DUCHESNE DE LAMOTTE**                      Nom de naissance (si différent du nom) :  
Prénom : **Pierre**                      Date de naissance :                      **7/7/1987**  
Adresse d'exercice principal :  
**56 rocade de la dune 33680 LACANAU**

Profession :  
**Médecin Généraliste**

Mode d'exercice dominant > (50%) : **Libéral**

### II. – Numéro RPPS ou ADELI

N° RPPS : **10101245610**                      ou                      N° ADELI : .....

*A remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI (arrêté du 27 mai 1998 – Journal officiel du 17 juillet 1998).*

### III. – Conditions de participation

Programme pluriannuel (oui/non) : **NON**                       en cours

Date de début : **15 Septembre 2018**                      Date de fin (si en cours date envisagée) : **15 Octobre 2018**  
Année(s) civile(s) de participation : **2018**

*L'attestation est délivrée au professionnel de santé et transmise à l'entité en charge du contrôle au titre de chaque année civile.*

IV. – Organisme de DPC

Nom/sigle : **QUANTUM**

Adresse : **6 Avenue de Choisy 75013 Paris**

N° enregistrement OGDPC / Agence nationale du DPC : **8645**

V. – Programme de développement professionnel continu

Intitulé du programme : **Traitement non médicamenteux des maladies en affection longue durée (ALD) : L'activité physique adaptée**

Orientation nationale dans laquelle le programme s'inscrit :

- **Prescription d'une activité physique, en fonction de l'âge, chez des patients atteints de maladie chronique**
- **Réalisation et interprétation des explorations fonctionnelles en médecine du sport en fonction de l'âge, du handicap, du niveau de pratique ou de la pathologie**

Préciser l'année ou l'arrêté auquel cette orientation fait référence : **8 Décembre 2015**

Nom du responsable de l'organisme de DPC : **MR. TABTAB Kamel**

Atteste que le professionnel de santé a participé au programme de DPC susmentionné.

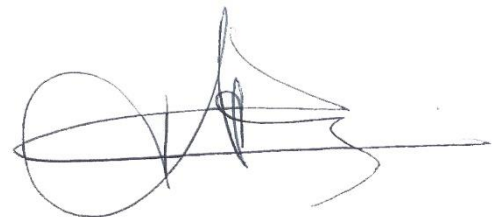
Fait à Paris

le **15 Octobre 2018**

Cachet et signature

*Ce document est délivré au professionnel de santé ayant participé au programme de DPC. Il est également envoyé*

**QUANTUM**  
**6 AVENUE DE CHOISY**  
**75013 PARIS**



:

- *au conseil compétent de l'ordre pour les professions médicales et pour les auxiliaires médicaux libéraux qui en disposent ;*
- *à l'employeur d'un auxiliaire médical, aide-soignant ou auxiliaire de puériculture salarié du secteur public ou privé ;*
- *à l'agence régionale de santé pour les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, qui n'exercent pas à titre salarié, et les autres auxiliaires médicaux à exercicelibéral.*