



ATTESTATION D'INSCRIPTION AU RÉPERTOIRE ADELI

Je soussigné le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé atteste que

- Mme LECUSSON Lydia
- né(e) le 27/12/1966
- titulaire du Licence + Maîtrise +DESS en psychologie obtenu à Bordeaux le 17/03/1998

a fait procéder à l'enregistrement de son titre dans mes services le 05/01/2015 et est inscrit(e) sur la liste départementale de la profession Psychologue sous l'identifiant 949316178.

Fait à CRETEIL le 03/10/2016.

Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France
Délégation Territoriale du Val de Marne
25, Chemin des bassins - CS 80030
94010 CRETEIL CEDEX



Madame Lydia LECUSSON,

Vous venez de faire enregistrer votre diplôme à l'Agence Régionale de Santé (ARS), vous conformant en cela à la loi.

En respectant le code de la Santé Publique, vous serez inscrit(e) dans le répertoire des professionnels ADELI. À ce titre, vous figurerez sur la liste départementale des praticiens publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture et diffusée dans toutes les mairies aux fins d'information du public et de vos confrères.

Par ailleurs, le répertoire ADELI est également la base de référence pour toutes les statistiques sur les professions enregistrées et les études sur leur démographie.

En consultation dans les ARS, il permet d'aider les professionnels dans le choix de leur installation.

Je vous demande, afin de maintenir la qualité de ce système d'information, de bien vouloir m'informer de toute modification sur les renseignements que vous venez de communiquer (civilité, diplômes complémentaires, lieu d'exercice...).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique au répertoire ADELI. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de nos services.

**Le Directeur Général
de l'agence régionale de santé**

Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France
Délégation Territoriale du Val de Marne
25, Chemin des bassins - CS 80030
94010 CRETEIL CEDEX

N° ADELI

9	4	9	3	1	6	1	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Département

Code profession

N° enregistrement

Clé de
contrôle

**VOTRE SITUATION EN QUALITÉ DE Psychologue
DANS LE RÉPERTOIRE ADELI AU 03/10/2016
Département VAL DE MARNE**

Votre numéro ADELI : 949316178

Nom patronymique : *LECUSSON*
Prénom(s) : *Lydia Lydia*
né(e) le *27/12/1966* à *SAINT-FRANCOIS (9A)*
Nationalité : *Française*

*Mme LECUSSON Lydia
CRP PAUL ET LILIANE GUINOT
PSY
24 BD CHASTENET DE GERY
94800 VILLEJUIF*

Vous exercez votre activité principale

Depuis le *01/03/2013*
Mode d'exercice : *Salarié du secteur privé*
Vous exercez en :

*En Etab. pour Handicapés
N° FINESS ET : 940721103
Tél : 0146780100 Fax : 0146785035
Mail : lydialecusson@yahoo.fr 0637673620*

Votre statut hospitalier est :

Vous exercez une activité libérale à l'hôpital : oui ☐ non ☒

Votre situation professionnelle

Date d'enregistrement à l'Ordre :
Vous exercez depuis *1998*.

*et à l'ARS : 05/01/2015
Vous avez 1 activité(s).*

Diplôme

Licence+Maîtrise+DESS obtenu le *17/03/1998* à *Bordeaux*

Qualifications

Vous exercez des activités secondaires

Depuis le :			
Mode d'exercice :			
Fonction :			
Adresse :			
Tél, fax :			
Vous exercez en :			

Votre adresse personnelle :
*7 R DE TANNEBOURG
94170 LE PERREUX SUR MARNE*

Langues parlées :

Date de dernière mise à jour : 05/01/2015

Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France
Délégation Territoriale du Val de Marne
25, Chemin des bassins - CS 80030
94010 CRETEIL CEDEX

Répertoire ADELI

SIGNALEMENT DE CHANGEMENT DE SITUATION

À renvoyer à

ARS - DT94 - VAL-DE-MARNE
Service ADELI
25, CHEMIN DES BASSINS
94010 CRETEIL CEDEX

Votre identification au répertoire :

Nom d'exercice : LECUSSON

Prénom : Lydia

Profession : Psychologue

Nom patronymique : LECUSSON

N° ADELI : 949316178

CHANGEMENT DE SITUATION

NOUVEAU NOM D'EXERCICE :

JE QUITTE LE DÉPARTEMENT – À partir de :

JE CHANGE DE DOMICILE – Nouvelle adresse :

JE CESSE MON ACTIVITÉ – À partir de :
(motif : cessation provisoire, retraite, autre – *ayer la mention inutile*)

JE CHANGE DE SITUATION PROFESSIONNELLE – À partir de :

NOUVELLE SITUATION : décrivez ci-dessous toutes vos activités

Activité principale

☐ LIBÉRALE (*ayer la mention inutile*)

Cabinet individuel

Cabinet de groupe

SCP ou SEL : selarl, selafa, selca

Autre :

☐ SALARIÉE

Employeur :

Activité secondaire

☐ LIBÉRALE (*ayer la mention inutile*)

Cabinet individuel

Cabinet de groupe

SCP ou SEL : selarl, selafa, selca

Autre :

☐ SALARIÉE

Employeur :

Date de prise de fonction :

(JJ/MM/AAAA) :

Date de prise de fonction :

(JJ/MM/AAAA)

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

.....
.....
.....

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

.....
.....
.....

TÉLÉPHONE :

N° SIRET de la SCP ou SEL :

N° FINESS (si exercice en établissement) :

TÉLÉPHONE :

N° SIRET de la SCP ou SEL :

N° FINESS (si exercice en établissement) :

Autres activités :

DATE :

SIGNATURE :

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :

Mme. RAMA au 01.49.81.87.49 E-MAIL: ARS-DD94-ADELI@ARS.SANTE.FR