



Dossier d'inscription Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

État civil				Collez votre photo
Civilité <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M				
Nom patronymique (naissance) :				
Nom d'usage :				
Prénom :	2 ^{ème} Prénom :	3 ^{ème} Prénom :		
Date de naissance :				
Ville, arrondissement, département et pays de naissance:				
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> UE, précisez : <input type="checkbox"/> hors UE, précisez :				
Date d'acquisition de la nationalité française :				
Coordonnées personnelles adresse mail:				
N° de voie :	Type et nom de voie :			
Complément d'adresse :				
Lieu-dit, boîte postale :				
Code postal :	Ville :	Pays :		
Téléphone personnel (fixe) :		Téléphone personnel (mobile) :		
Diplôme de masseur-kinésithérapeute ou autorisation d'exercice				
Libellé du diplôme :				
Numéro du diplôme :		Date d'obtention :		
Ville et pays d'obtention du diplôme :				
Lieu de formation (nom de l'établissement et département) :				
Autorité et date de délivrance de l'autorisation d'exercice (le cas échéant) :				
Autres diplômes (post baccalauréat)				
Libellé du diplôme :				
Numéro du diplôme :		Date d'obtention :		
Ville et pays d'obtention du diplôme :				
Lieu de formation (nom de l'établissement et département) :				
Exercice professionnel				
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Conventionné		<input type="checkbox"/> Non conventionné	
<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Titulaire de la Fonction Publique <input type="checkbox"/> Agent contractuel de la Fonction Publique : <input type="checkbox"/> Secteur privé : <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD	
<input type="checkbox"/> Mixte, précisez vos statuts :				
	<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Conventionné	<input type="checkbox"/> Non conventionné	
	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Agent contractuel de la Fonction Publique : <input type="checkbox"/> Secteur privé : <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD	
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :				
N° RPPS :				
Votre choix d'envoi des courriers : <input type="checkbox"/> Adresse personnelle <input type="checkbox"/> Adresse professionnelle				
Spécificité d'exercice (le cas échéant) :				
Date du dernier DPC (Développement Professionnel Continu) :				
Langues étrangères pratiquées				
Langue 1 :	<input type="checkbox"/> niveau scolaire	<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue	
Langue 2 :	<input type="checkbox"/> niveau scolaire	<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue	
Langue 3 :	<input type="checkbox"/> niveau scolaire	<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue	



Dossier d'inscription Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Activité principale		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salaré	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> retraité actif,	<input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :

Activité secondaire		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salaré	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> retraité actif,	<input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :



Dossier d'inscription Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Activité 3		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :

Activité 4		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :



Dossier d'inscription Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Activité 5		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> retraité actif,	<input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :

Activité 6		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> retraité actif,	<input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :



Dossier d'inscription Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Déclarations

Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes du département :

.....

1. «Je déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction ou susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au tableau n'est en cours à mon rencontre ».

2. «Je déclare avoir eu connaissance du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes et m'engage à le respecter (article R.4321-142 du code de la santé publique)».

3. «Je veillerai à informer le conseil départemental de toute modification de mes conditions d'exercice (article R.4321-144 du code de la santé publique)».

«Le traitement de ces informations a pour objet votre inscription au tableau de l'ordre conformément aux dispositions de l'article L. 4321-10 du code de la santé publique et au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé. Les conseils de l'ordre et ses membres élus ou salariés en sont les destinataires, puis l'ASIP santé (arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » (RPPS), l'Agence régionale de santé et le parquet du tribunal de grande instance conformément aux dispositions en vigueur. Le conseil départemental auprès duquel votre demande d'inscription est déposée ou adressée sera le responsable du traitement de ces informations. (Mentions issues de l'application du règlement 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016).

Date :

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" :