

Êtes-vous

Célibataire marié(e) veuf (ve) divorcé(e) concubin (e) PACS

Date et lieu de naissance du conjoint : L L / L L / L L L L /

.....

Profession du conjoint :

.....

Noms prénoms et date de naissance de vos enfants :

_____ 1 L L / L L / L L L L

_____ 2 L L / L L / L L L L

_____ 3 L L / L L / L L L L

_____ 4 L L / L L / L L L L

_____ 5 L L / L L / L L L L

_____ 6 L L / L L / L L L L

_____ 7 L L / L L / L L L L

_____ 8 L L / L L / L L L L

_____ 9 L L / L L / L L L L

_____ 10 L L / L L / L L L L

2. TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES

2. A : DIPLOME D'ETAT FRANÇAIS (Hors diplômé de l'année)

Numéro du diplôme : L L L L L L L L L L L L L L L L

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

Lieu d'obtention : L L L L L L L L L L L L L L L L

IFMK d'origine (Ecole) : L L L L L L L L L L L L L L L L

NUMERO ADELI : L L L L L L L L L L

Pour les diplômés de l'année :

Date de l'attestation provisoire: L L / L L / L L L L

ARS (Agence Régionale de Santé) ayant délivrée l'attestation (Région)

2. B : DIPLOME D'ETAT DANS L'UNION EUROPEENNE (Autorisation d'exercice)

Date de délivrance de l'autorisation : L L / L L / L L L L

ARS (Agence Régionale de Santé) ayant délivrée l'autorisation (Région) :

2. C : Pour les étrangers Hors Union Européenne titulaires d'un Diplôme d'Etat Français :

Numéro du diplôme : L L L L L L L L L L L L L L

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

ARS (Agence Régionale de Santé) ayant délivrée le diplôme : L L L L L L L L L L

IFMK d'origine (Ecole) : L L L L L L L L L L L L L L

2. D : AUTRES DIPLOMES – TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS ET/OU UNIVERSITAIRE

Autres diplômes professionnels et/ou universitaire (ex : ergothérapie, cadre de santé, DIU, Licence, Master, Doctorat)

Diplôme : _____

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

Organisme Formateur : _____

2.D: SPECIFICITE D'EXERCICE (ostéopathie, mézières, ergonomie, etc.)

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil de l'Ordre départemental ou vous êtes enregistré.

Avez-vous des intérêts dans un organisme ou une entreprise en rapport avec les activités médicales ou paramédicales ?

OUI

NON

Si oui: indiquez la raison sociale de l'organisme ou de l'entreprise ainsi que son objet :

Avez-vous un projet de contrat où avez-vous conclu un ou des contrats ayant pour objet l'exercice de votre profession ?

Contrat(s) de travail, Contrat(s) de remplacement, Contrat d'assistant-collaborateur, Contrat(s) d'association, Statut(s) SCM SCP SEL, Baux, Contrat(s) de leasing, etc. ..., ainsi que tous les avenants éventuels

OUI

NON

Si oui de quelle(s) nature(s) ?

Indiquer le libellé de vos plaques et ordonnances

Dans le cas où vous désiriez faire paraître dans la presse une annonce d'installation le libellé devra en être soumis, avant exécution, à l'approbation du Conseil Départemental de l'Ordre du lieu d'exercice.

Veillez indiquer les mentions données à l'agence Télécom pour ses annuaires où à tous autres annuaires professionnels :

.....
.....

REPRODUIRE DANS LE CADRE CI-DESSOUS A LA MAIN LA PHRASE :

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

**Ce document est à renvoyer accompagné des documents justificatifs d'exercice en Recommandé avec
Accusé de Réception au Conseil Départemental du lieu de votre exercice**

**Je demande mon inscription au Tableau des masseurs-kinésithérapeutes du Département du lieu de mon
exercice principal**

Nom du Département :

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité. Je m'engage à envoyer au Conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes et à répondre à toute demande de renseignement émanant du Conseil de l'Ordre.

Date : / /

Signature
(Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)