



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, 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			
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 :	N° ADELI :	N° SIRET :	
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 le cas échéant (Développement Professionnel Continu) :			
Langues étrangères pratiquées			
Langue 1 :			
Langue 2 :			
Langue 3 :			



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

Activité principale		
<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 secondaire		
<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 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"/> 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 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"/> 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

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 encontre ».

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) et de mon adresse électronique (article L. 4001-2 du même code) ».

« Ces informations recueillies à partir de ce formulaire et des pièces du dossier d'inscription font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'établissement du tableau de l'Ordre.

Le ou les destinataires sont l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 (loi n° 78-17 modifiée), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à votre conseil départemental d'inscription».

Date :

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