





## Formulaire de demande de radiation du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Activité principale	
Statut : <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"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement public <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif <input type="checkbox"/> SCM <input type="checkbox"/> SPFPL <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SCP <input type="checkbox"/> SISA <input type="checkbox"/> IFMK <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :	
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) :	

Activité secondaire	
Statut : <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"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement public <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif <input type="checkbox"/> SCM <input type="checkbox"/> SPFPL <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SCP <input type="checkbox"/> SISA <input type="checkbox"/> IFMK <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :	
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) :	



**Formulaire de demande de radiation du  
Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes**

<b>Activité 3</b>			
Statut : <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"/> établissement privé	<input type="checkbox"/> établissement public	<input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif	
<input type="checkbox"/> SCM	<input type="checkbox"/> SPFPL	<input type="checkbox"/> SEL	<input type="checkbox"/> SCP <input type="checkbox"/> SISA
<input type="checkbox"/> IFMK	<input type="checkbox"/> entreprise d'intérim	<input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :			
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) :			

<b>Activité 4</b>			
Statut : <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"/> établissement privé	<input type="checkbox"/> établissement public	<input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif	
<input type="checkbox"/> SCM	<input type="checkbox"/> SPFPL	<input type="checkbox"/> SEL	<input type="checkbox"/> SCP <input type="checkbox"/> SISA
<input type="checkbox"/> IFMK	<input type="checkbox"/> entreprise d'intérim	<input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :			
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) :			



## Formulaire de demande de radiation du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

### Demande de radiation

Je demande ma radiation du tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes du département :

\_\_\_\_\_

Aux motifs suivants :

Cessation d'activité

Précisez la date de cessation effective de l'activité : \_\_\_\_\_

Précisez le motif de la cessation d'activité : \_\_\_\_\_

*En application de l'article R. 4112-3 du code de la santé publique, la radiation prend effet à la date de la cessation d'exercice ou, à défaut, à la date de réception de la demande de radiation par le conseil départemental de l'ordre. **La demande de radiation doit être accompagnée de tout document de nature à démontrer la cessation effective de l'activité (attestation URSSAF, CARPIMKO, CPAM...).***

Demande de transfert de département\*

Précisez le département d'inscription envisagé : \_\_\_\_\_

**Précisez la date de fin d'activité dans le département** : \_\_\_\_\_

*\*En cas de transfert de sa résidence professionnelle hors du département, le praticien est tenu de demander, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sa radiation du tableau de l'Ordre du département où il exerçait (article R. 4112-3 du code de la santé publique). Dans le même temps, il est obligatoirement tenu de solliciter son inscription au conseil départemental de l'ordre dans lequel il souhaite implanter sa nouvelle activité.*

***Dans le cas d'un projet professionnel non défini au moment de la demande de radiation, l'inscription dans le département d'installation envisagé est impérative. Si le département d'inscription envisagé n'est pas connu, il convient de solliciter une radiation pour cessation d'activité et de former une nouvelle demande d'inscription dans les trois mois précédant la reprise de l'activité de masseur-kinésithérapeute.***

Mes nouvelles coordonnées dans le nouveau département :

Adresse d'exercice

Compte tenu du délai de traitement de la demande de radiation, je souhaite que mon attestation de radiation pour transfert soit adressée à :

Mon adresse actuelle, mentionnée en première page

Ma nouvelle adresse professionnelle dans mon nouveau département

Ma nouvelle adresse personnelle dans mon nouveau département, précisée ci-après (uniquement en cas de projet professionnel non défini):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je prends connaissance du fait qu'un masseur-kinésithérapeute ne peut être radié du tableau de l'Ordre que s'il cesse son activité professionnelle et qu'il ne pratique plus aucun des actes de masso-kinésithérapie mentionnés aux articles R. 4321-1 à R. 4321-13 du code de la santé publique (article R. 4112-3 al. 3 du code de la santé publique). Je m'engage à ne plus exercer aucun acte de masso-



## Formulaire de demande de radiation du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

kinésithérapie sur le territoire français à compter de la date de ma radiation.

Je suis informé de ce que toute réalisation d'actes de masso-kinésithérapie après la date effective de la radiation constitue un exercice illégal de la profession, passible de sanctions pénales (article L. 4323-4-1 du code de la santé publique).

Je prends connaissance de l'obligation d'informer le dernier conseil départemental d'inscription de tout changement de résidence pendant une période de trois ans à compter de la cessation de l'activité professionnelle (article L. 4321-10 al. 3 du code de la santé publique).

Je prends connaissance du fait que le présent formulaire est un support visant à faciliter le traitement de ma demande de radiation au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Il n'ouvre aucun droit automatique à la radiation et n'a pas vocation à constituer une décision définitive, laquelle doit être prononcée par le conseil départemental de l'Ordre, à la suite d'une demande écrite formée en ce sens, complétée du présent formulaire et des pièces justificatives associées.

Je note qu'en cas de reprise d'activité, je devrai demander à nouveau mon inscription à l'Ordre en adressant une demande d'inscription auprès du conseil départemental du lieu d'exercice professionnel dans les trois mois qui précèdent ma reprise d'activité.

Fait à :

Le :

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

### Données personnelles :

Les données personnelles sont traitées par le conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, en tant que responsable du traitement, dans le cadre de la gestion du tableau de l'Ordre fondée sur l'obligation légale fixée aux articles L. 4112-5 et L. 4321-10 du code de la santé publique.

Les données sont conservées pendant la durée d'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute dans le ressort du département concerné.

Vos données personnelles sont accessibles aux personnes habilitées en interne, ainsi qu'aux organismes externes suivants : le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, l'Agence du numérique en santé, l'agence régionale de santé, la Caisse primaire d'assurance maladie, l'URSSAF, les établissements de santé, les caisses de retraite, nos sous-traitants, et le Ministère des Solidarités et de la Santé, en particulier aux fins de l'organisation des élections au sein des unions régionales des professionnels de santé prévues aux articles L. 4031-2 et R. 4031-1 et suivants du code de la santé publique. Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union européenne. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés modifiée, vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès, de rectification ou d'effacement des données vous concernant, ou votre droit à la limitation du traitement, en adressant votre demande par courrier postal au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes – secrétariat général – 91 bis rue du Cherche-Midi 75006 Paris ou par mail à [dpo@ordremk.fr](mailto:dpo@ordremk.fr). Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire.