



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

État civil		Collez v otre photo		
Civ ilité <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				
N° de v oie :		Type et nom de v oie :		
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 déliv rance 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"/> Conv entionné <input type="checkbox"/> Non conv entionné				
<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Titulaire de la Fonction Publique <input type="checkbox"/> Agent contractuel de la Fonction Publique : <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Secteur privé : <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Autre, précisez :				
<input type="checkbox"/> Mixte, précisez vos statuts : <input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Conv entionné <input type="checkbox"/> Non conv entionné <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Agent contractuel de la Fonction Publique : <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Secteur privé : <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Autre, précisez :				
<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 (Dév eloppement Professionnel Continu) :				
Langues étrangères pratiquées				
Langue 1 :		<input type="checkbox"/> niv eau scolaire	<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue
Langue 2 :		<input type="checkbox"/> niv eau scolaire	<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue
Langue 3 :		<input type="checkbox"/> niv eau 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"/> 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
<p>Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes du département :</p> <p>----- .</p>
<ol style="list-style-type: none">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 de l'ordre 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) ».
<p>Vos données personnelles sont traitées par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, en tant que responsable du traitement, dans le cadre de la du tableau de l'ordre fondée sur une obligation légale prévue aux articles L. 4112-5 et L. 4321-10 du code de la santé publique.</p> <p>Vos données sont conservées pendant la durée d'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute.</p> <p>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. Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union européenne.</p> <p>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. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire.</p>
<p>Date : _____</p> <p style="margin-left: 150px;">Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" : _____</p>