



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

État civil			
Civilité <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M			
Nom patronymique (naissance) :			
Nom d'usage :			
Prénom :	2 <sup>ème</sup> Prénom :	3 <sup>ème</sup> 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 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"/> Convent ionné	<input type="checkbox"/> Non convent ionné	
<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"/> Convent ionné <input type="checkbox"/> Non convent ionné	
	<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 (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

Collez v otre photo



## 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>
<p>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 ».</p> <p>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) ».</p> <p>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> <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 <a href="mailto:dpo@ordremk.fr">dpo@ordremk.fr</a>. 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="text-align: center;">Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" : _____</p>