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

État civil			Collez votre photo
Civilité ☐ Mme ☐ M			
Nom patronymique (naissance) :			
Nom d'usage :			
Prénom :	2ème Prénom :	3ème Prénom :	
Date de naissance :			
Ville, département et pays de naissance:			
Nationalité : ☐ Française ☐UE, précisez :		☐ 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			
☐ Libéral	☐ Conventionné	☐ Non conventionné	
☐ Salarié	☐ Titulaire de la Fonction Publique ☐ Agent contractuel de la Fonction Publique : ☐ Secteur privé : ☐ Autre, précisez :	 ☐ CDI ☐ CDD ☐ CDI ☐ CDD	
☐ Mixte, précisez vos statuts :			
	☐ Libéral	☐ Conventionné ☐ Non conventionné	
	☐ Salarié	☐ Agent contractuel de la Fonction Publique : ☐ CDI ☐ CDD ☐ Secteur privé : ☐ CDI ☐ CDD ☐ Autre, précisez :	
☐ Autre, précisez :			
N° RPPS :			
Votre choix d'envoi des courriers : ☐ Adresse personnelle		☐ Adresse professionnelle	
Spécificité d'exercice (le cas échéant) :			
Date du dernier DPC (Développement Professionnel Continu) :			
Langues étrangères pratiquées			
Langue 1 :	☐ niveau scolaire	☐ courant	☐ bilingue
Langue 2 :	☐ niveau scolaire	☐ courant	☐ bilingue
Langue 3 :	☐ niveau scolaire	☐ courant	☐ bilingue

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

Activité principale		
☐ Libéral	☐ Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	☐ titulaire, ☐ collaborateur, ☐ associé (SEL, SCP), ☐ remplaçant, ☐ sans exercice, ☐ retraité actif, ☐ assistant ☐ autre, précisez	
Type de structure :	☐ cabinet individuel, ☐ cabinet de groupe, ☐ exercice à domicile, ☐ SCP, ☐ SEL ☐ SISA, ☐ SCM, ☐ SPFPL, ☐ IFMK, ☐ établissement public, ☐ établissement privé ☐ établissement à but non lucratif, ☐ entreprise d'intérim, ☐ autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : ☐ oui ☐ 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		
☐ Libéral	☐ Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	☐ titulaire, ☐ collaborateur, ☐ associé (SEL, SCP), ☐ remplaçant, ☐ sans exercice, ☐ retraité actif, ☐ assistant ☐ autre, précisez	
Type de structure :	☐ cabinet individuel, ☐ cabinet de groupe, ☐ exercice à domicile, ☐ SCP, ☐ SEL ☐ SISA, ☐ SCM, ☐ SPFPL, ☐ IFMK, ☐ établissement public, ☐ établissement privé ☐ établissement à but non lucratif, ☐ entreprise d'intérim, ☐ autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : ☐ oui ☐ 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			
☐ Libéral	☐ Salarié	Date de début d'activité :	
Fonction :	☐ titulaire, ☐ collaborateur, ☐ retraité actif,	☐ associé (SEL, SCP), ☐ assistant	☐ remplaçant, ☐ sans exercice, ☐ autre, précisez
Type de structure :	☐ cabinet individuel, ☐ cabinet de groupe, ☐ exercice à domicile, ☐ SCP, ☐ SEL ☐ SISA, ☐ SCM, ☐ SPFPL, ☐ IFMK, ☐ établissement public, ☐ établissement privé ☐ établissement à but non lucratif, ☐ entreprise d'intérim, ☐ autre, précisez :		
Raison sociale de la structure :			
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : ☐ oui		☐ 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			
☐ Libéral	☐ Salarié	Date de début d'activité :	
Fonction :	☐ titulaire, ☐ collaborateur, ☐ retraité actif,	☐ associé (SEL, SCP), ☐ assistant	☐ remplaçant, ☐ sans exercice, ☐ autre, précisez
Type de structure :	☐ cabinet individuel, ☐ cabinet de groupe, ☐ exercice à domicile, ☐ SCP, ☐ SEL ☐ SISA, ☐ SCM, ☐ SPFPL, ☐ IFMK, ☐ établissement public, ☐ établissement privé ☐ établissement à but non lucratif, ☐ entreprise d'intérim, ☐ autre, précisez :		
Raison sociale de la structure :			
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : ☐ oui		☐ 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		
☐ Libéral	☐ Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	☐ titulaire, ☐ collaborateur, ☐ associé (SEL, SCP), ☐ remplaçant, ☐ sans exercice, ☐ retraité actif, ☐ assistant ☐ autre, précisez	
Type de structure :	☐ cabinet individuel, ☐ cabinet de groupe, ☐ exercice à domicile, ☐ SCP, ☐ SEL ☐ SISA, ☐ SCM, ☐ SPFPL, ☐ IFMK, ☐ établissement public, ☐ établissement privé ☐ établissement à but non lucratif, ☐ entreprise d'intérim, ☐ autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : ☐ oui ☐ 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		
☐ Libéral	☐ Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	☐ titulaire, ☐ collaborateur, ☐ associé (SEL, SCP), ☐ remplaçant, ☐ sans exercice, ☐ retraité actif, ☐ assistant ☐ autre, précisez	
Type de structure :	☐ cabinet individuel, ☐ cabinet de groupe, ☐ exercice à domicile, ☐ SCP, ☐ SEL ☐ SISA, ☐ SCM, ☐ SPFPL, ☐ IFMK, ☐ établissement public, ☐ établissement privé ☐ établissement à but non lucratif, ☐ entreprise d'intérim, ☐ autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : ☐ oui ☐ 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)». « 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" :