



Dossier d'inscription

Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

État civil				Collez v otre photo
Civ ilité ☐ Mme ☐ 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 : ☐ Française ☐ UE, précisez : ☐ 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				
☐ Libéral	☐ Conv entionné	☐ Non conv entionné		
☐ Salarié	☐ Titulaire de la Fonction Publique ☐ Agent contractuel de la Fonction Publique : ☐ Secteur priv é : ☐ Autre, précisez :	☐ CDI ☐ CDD ☐ CDI ☐ CDD		
☐ Mixte, précisez vos statuts :				
☐ Libéral		☐ Conv entionné ☐ Non conv entionné		
☐ Salarié		☐ Agent contractuel de la Fonction Publique : ☐ Secteur priv é : ☐ Autre, précisez :		
		☐ CDI ☐ CDD ☐ CDI ☐ CDD		
☐ Autre, précisez :				
N° RPPS :				
Votre choix d'env oi des courriers : ☐ Adresse personnelle		☐ Adresse professionnelle		
Spécificité d'exercice (le cas échéant) :				
Date du dernier DPC (Dév eloppement Professionnel Continu) :				
Langues étrangères pratiquées				
Langue 1 :	☐ niv eau scolaire	☐ courant	☐ bilingue	
Langue 2 :	☐ niv eau scolaire	☐ courant	☐ bilingue	
Langue 3 :	☐ niv eau 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, ☐ 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 4		
☐ 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 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 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) ». 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. Vos données sont conservées pendant la durée d'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute. 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. 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.
Date : Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" :