Fiche de renseignement d'un masseur-kinésithérapeute

Constitution du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Fiche de renseignement d'un masseur-kinésithérapeute
Constitution du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

Collez votre photo ici

Si vous avez reçu deux documents de ce type n'en remplissez qu'un seul.
Si vous êtes retraité(e) et que vous souhaitez continuer à voter pour élire vos conseillers départementaux ou souhaitez continuer à être candidat remplissez l'intégralité de ce questionnaire

1. ETAT CIVIL

☐ Mme ☐ M

Nom patronymique : _____

Nom d'usage : _____

1er Prénom : _____

2ème Prénom : _____

3ème Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Ville de naissance : _____ département ___

Pays de naissance : _____

Nationalité actuelle : ☐ Française

☐ UE, précisez _____

☐ Hors UE précisez : _____

Date d'acquisition de la nationalité française : __ / __ / ____

Coordonnées personnelles :

N° de voie : _____ Type de voie : _____

Nom de voie : _____

Complément d'adresse :

_____

_____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone personnel (fixe) : __ / __ / __ / __ / __

Téléphone personnel (mobile) : __ / __ / __ / __ / __

Courriel _____ @ _____

Date de début d'exercice de la profession en France : __ / ____

Langues étrangères pouvant être utilisées dans le cadre de l'exercice :

Langue 1 : _____

Langue 2 : _____

Langue 3 : _____

Langue 4 : _____

Langue 5 : _____

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil départemental de l'Ordre où vous êtes inscrit(e).

2. TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES

2. A : DIPLOME D'ETAT FRANÇAIS OBTENU PAR LES NATIONAUX OU EXTRA-NATIONAUX

Pour les hors diplômés de l'année :

Numéro du diplôme : ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

Libellé d'obtention :

∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

Fiche de renseignement d'un masseur-kinésithérapeute
Constitution du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

Afin de remplir au mieux le paragraphe ci-dessous, veuillez-vous référer au site internet de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes : www.ordremk.fr, rubrique « exercer la profession ».
Vous y trouverez les diplômes, titres, grades professionnels et/ou universitaires et les spécificités d'exercice reconnus par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

2. C : AUTRES DIPLOMES - TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS ET/OU UNIVERSITAIRE - SPECIFICITE D'EXERCICE

Autres diplômes professionnels et/ou universitaire (ex : ergothérapie, cadre de santé, DIU, Licence, Master, Doctorat)

Libellé du diplôme : L L L

3. MODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL EN COURS D'ANNÉE :

☐ Libéral

☐ Salarié

☐ Mixte (libéral et salarié)

☐ 1ère année d'exercice (Libéral, Salarié ou Mixte)

☐ Autre (bénévole, retraité), précisez : _____

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil départemental de l'Ordre où vous êtes inscrit(e).

Fiche de renseignement d'un masseur-kinésithérapeute
Constitution du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

Votre mode d'exercice est **Libéral**

☐ Conventionné ☐ Non conventionné

Numéro de Siret personnel :

Cabinet principal

Fonction :
- ☐ Titulaire
- ☐ Collaborateur
- ☐ Assistant-Collaborateur
- ☐ Associé
- ☐ Remplaçant : ☐ ponctuellement ☐ de façon permanente
- ☐ Autre, précisez : ____________________

Structure d'exercice :
- ☐ Cabinet individuel ☐ Cabinet de groupe ☐ Exercice exclusivement à domicile
- ☐ SCP, précisez son numéro d'inscription à l'Ordre :
- ☐ SEL, précisez son numéro d'inscription à l'Ordre :
- ☐ SISA
- ☐ SCM
- ☐ SEP
- ☐ SPFPL
- ☐ Autre, précisez : ____________________

Raison sociale de la structure :

Nom et prénom du titulaire de la structure :

Numéro d'inscription à l'Ordre du titulaire :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : / / / /

Courriel ____________________ @ ____________________

Date de début d'exercice dans la structure : / /

Si vous êtes remplaçant :

Coordonnées du masseur-kinésithérapeute remplacé :

Nom et prénom :

Numéro d'inscription à l'Ordre :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil départemental de l'Ordre où vous êtes inscrit(e).

Fiche de renseignement d'un masseur-kinésithérapeute
Constitution du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : / / / /

Courriel @

Date de début d'exercice dans la structure : / /

Coordonnées du masseur-kinésithérapeute remplacé :

Nom et prénom :

Numéro d'inscription à l'Ordre :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : / / / /

Courriel @

Date de début d'exercice dans la structure : / /

Si vous êtes assistant-collaborateur, collaborateur ou si vous exercez dans le cadre d'une convention d'exercice conjoint :

Nom et prénom du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : / / / /

Courriel @

Date de début d'exercice dans la structure : / /

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil départemental de l'Ordre où vous êtes inscrit(e).

Fiche de renseignement d'un masseur-kinésithérapeute
Constitution du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

Si vous exercez au sein d'une société d'exercice :

Raison sociale :

Nom et prénom du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre si la société est une SCP ou une SEL :

Numéro de Siret de la société :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : / / / /

Courriel @

Date de début d'exercice dans la structure : / /

Nombre d'associés :

Noms et prénoms des associés :

Cabinet secondaire

Raison sociale :

Nom et prénom du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre si la société est une SCP ou une SEL :

Numéro de Siret de la société :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : / / / /

Courriel @

Date de début d'exercice dans la structure : / /

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil départemental de l'Ordre où vous êtes inscrit(e).

Fiche de renseignement d'un masseur-kinésithérapeute
Constitution du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

Lieu(x) d'exercice supplémentaire(s) autorisé(s) :

Nombre :

Raison sociale :

Nom et prénom du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre si la société est une SCP ou une SEL :

Numéro de Siret de la société :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : / / / /

Courriel ______________________________ @ ______________________

Date de début d'exercice dans la structure : / /

....

Raison sociale :

Nom et prénom du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre si la société est une SCP ou une SEL :

Numéro de Siret de la société :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : / / / /

Courriel ______________________________ @ ______________________

Date de début d'exercice dans la structure : / /

....

Raison sociale :

Nom et prénom du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre si la société est une SCP ou une SEL :

Numéro de Siret de la société :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil départemental de l'Ordre où vous êtes inscrit(e).

Fiche de renseignement d'un masseur-kinésithérapeute
Constitution du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

Complément d'adresse : ∟ ∟ ∟

Fiche de renseignement d'un masseur-kinésithérapeute
Constitution du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

Votre mode d'exercice est **Salarié** :

Activité principale

Fonction :
- ☐ Titulaire
- ☐ Agent contractuel de la fonction publique : ☐ CDI ☐ CDD
- ☐ Autre (stagiaire, cadre de santé, enseignant…), précisez : _____

Structure d'exercice :
- ☐ Etablissement public de santé (CHU, CH, hôpital local)
- ☐ Institut de formation en masso-kinésithérapie
- ☐ Etablissement public territorial (centre de santé, dispensaire, municipalité)
- ☐ But non lucratif (Croix Rouge, FEHAP…)
- ☐ But lucratif (cliniques et hôpitaux privés adhérents à la FHP…)
- ☐ Autre (salarié au sein d'une équipe sportive, d'un cabinet, intérimaire…), précisez : _____

Vous exercez à temps partiel : ☐ oui ☐ non

Raison sociale de la structure :

Numéro FINESS de la structure :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : / / / /

Courriel _____ @ _____

Date de début d'exercice dans la structure : / /

Activité secondaire

Fonction :
- ☐ Titulaire
- ☐ Agent contractuel de la fonction publique : ☐ CDI ☐ CDD
- ☐ Autre (stagiaire, cadre de santé, enseignant…), précisez : _____

Structure d'exercice :
- ☐ Etablissement public de santé (CHU, CH, hôpital local)
- ☐ Institut de formation en masso-kinésithérapie
- ☐ Etablissement public territorial (centre de santé, dispensaire, municipalité)
- ☐ But non lucratif (Croix Rouge, FEHAP…)
- ☐ But lucratif (cliniques et hôpitaux privés adhérents à la FHP…)
- ☐ Autre (salarié au sein d'une équipe sportive, d'un cabinet, intérimaire…), précisez : _____

Vous exercez à temps partiel : ☐ oui ☐ non

Raison sociale de la structure :

Numéro FINESS de la structure :

N° de voie : Type de voie :

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil départemental de l'Ordre où vous êtes inscrit(e).

Fiche de renseignement d'un masseur-kinésithérapeute
Constitution du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

Nom de voie : _____

Complément d'adresse : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

Courriel _____ @ _____

Date de début d'exercice dans la structure : __ / __ __ __ / __ __ __ __

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil départemental de l'Ordre où vous êtes inscrit(e).

Fiche de renseignement d'un masseur-kinésithérapeute
Constitution du Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

Reproduire à la main dans le cadre ci-dessous la phrase (en application de l'article R.4112-1 du code de la santé publique rendu applicable aux masseurs-kinésithérapeutes par l'article R.4323-1 du même code)

« Je déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au tableau n'est en cours à mon encontre. »

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).

Ce document est à envoyer accompagné des documents justificatifs d'exercice en courrier avec accusé de réception ou à déposer au Conseil départemental du lieu de votre exercice.

Je demande mon inscription au Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes du département du lieu de mon exercice principal.

Dénomination du département : _____

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité.
Je m'engage à envoyer au Conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans la les déclarations précédentes et à répondre à toute demande de renseignement émanant du Conseil de l'Ordre.

Date : L L/L L/L L L L

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil départemental de l'Ordre où vous êtes inscrit(e).