Fiche de renseignement
CONSTITUTION DU TABLEAU DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

Collez votre photo ici

Si vous avez reçu deux documents de ce type n'en remplissez qu'un seul
Si vous êtes retraité 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 : __ __ / __ __ / __ __ __ __ Lieu de naissance
dépt.

Nationalité actuelle : ☐ Française ☐ UE, précisez

☐ Hors UE précisez :

Date d'acquisition de la nationalité française pour les MK étrangers : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Coordonnées personnelles :

Code postal : Ville :

Téléphone personnel : / / / /

Courriel _____ @ _____

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

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 de l'Ordre départemental ou vous êtes enregistré.

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 : ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

Date d'obtention : ∟ ∟ / ∟ ∟ / ∟ ∟ ∟ ∟

Lieu de formation : ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

Nom de l'IFMK : ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

Nationalité (le cas échéant) : ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

NUMERO ADELI : ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

Pour les diplômés de l'année :

Date de l'attestation provisoire: ∟ ∟ / ∟ ∟ / ∟ ∟ ∟ ∟

Libellé d'obtention : ∟

Service ayant délivré l'attestation (Région) : ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

Lieu de formation : ∟

Nom de l'IFMK pour les diplômes d'état : ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

2. B : DIPLOME D'ETAT DANS L'UNION EUROPEENNE (Autorisation d'exercice)

Date de délivrance de l'autorisation : ∟ ∟ / ∟ ∟ / ∟ ∟ ∟ ∟

Autorité de délivrance pour les autorisations d'exercice :

Numéro de l'autorisation : ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

2. C : AUTRES DIPLOMES – TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS ET/OU UNIVERSITAIRE

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

Libellé : _____
Titre : _____
Spécificité : _____
Date d'obtention : ∟ ∟ / ∟ ∟ / ∟ ∟ ∟ ∟
Organisme Formateur: _____

Libellé : _____
Titre : _____
Spécificité : _____
Date d'obtention : ∟ ∟ / ∟ ∟ / ∟ ∟ ∟ ∟
Organisme Formateur : _____

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 de l'Ordre départemental ou vous êtes enregistré.

Libellé : _____
Titre : _____ _____
Spécificité : _____
Date d'obtention : ∟∟ / ∟∟ / ∟∟∟∟
Organisme Formateur : _____

Libellé : _____
Titre : _____ _____
Spécificité : _____
Date d'obtention : ∟∟ / ∟∟ / ∟∟∟∟
Organisme Formateur : _____

Libellé : _____
Titre : _____ _____
Spécificité : _____
Date d'obtention : ∟∟ / ∟∟ / ∟∟∟∟
Organisme Formateur : _____

2. D:SPECIFICITE D'EXERCICE (orientation du cabinet)

_____
_____
_____
_____

3. MODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL EN 2012 :

☐ Libéral (3.A)

☐ Salarié (3.B)

☐ Mixte

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

3. A : MODE D'EXERCICE LIBERAL EN 2012

☐ Conventionné ☐ Non conventionné

Numéro de Siret : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Fonctions :

☐ Titulaire ☐ Associé

☐ Assistant (collaborateur) ☐ Collaborateur libéral

☐ Remplaçant ☐ Autre

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 de l'Ordre départemental ou vous êtes enregistré.

Structure(s) d'exercice :

Entreprise libérale
☐ Exercice individuel
☐ Exercice exclusivement à domicile (adresse personnelle)
☐ Cabinet de groupe
☐ Exercice conjoint

Société
☐ SCP
☐ SEL
☐ SISA
☐ SCM
☐ SEP
☐ Autre

Cabinet principal :

Nom (s'il s'agit d'une société) et adresse du cabinet principal :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Courriel : @

☐ **Cabinet secondaire déclaré :**

Nom (s'il s'agit d'une société) et adresse du cabinet secondaire :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Courriel : @

☐ **Lieu(x) d'exercice supplémentaire(s) autorisé(s)** Nombre :

Nom (s'il s'agit d'une société) et adresse du 1er lieu d'exercice supplémentaire autorisé :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Courriel : @

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 de l'Ordre départemental ou vous êtes enregistré.

Nom (s'il s'agit d'une société) et adresse du 2nd lieu d'exercice supplémentaire autorisé :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Courriel : @

Nom (s'il s'agit d'une société) et adresse du 3ème lieu d'exercice supplémentaire autorisé :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Courriel : @

<u>Si vous êtes remplaçant :</u>

☐ **PONCTUELLEMENT**

☐ **DE FACON PERMANENTE**

Nom(s) et adresse(s) du ou des confrères remplacés :

1
Code postal : Ville :
Téléphone :
Courriel : @

2
Code postal : Ville :
Téléphone :
Courriel : @

3
Code postal : Ville :
Téléphone :
Courriel : @

4
Code postal : Ville :
Téléphone :
Courriel : @

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 de l'Ordre départemental ou vous êtes enregistré.

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

Nom du titulaire du cabinet :

Adresse du cabinet :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Courriel : @

Si vous exercez au sein d'une société d'exercice inscrite au tableau de l'ordre : ☐ SCP ☐ SEL

Nom de la société :

Adresse de la société :

Numéro d'inscription à l'ordre de la société :

Code postal : Ville :

Téléphone :
Courriel : @

Nombre d'associés : Nom et prénom des associés :

N° SIRET de la société :

Si vous exercez au sein d'une autre structure : ☐ SCM ☐ SISA ☐ SEP ☐ Autre

Nom de la société :

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 de l'Ordre départemental ou vous êtes enregistré.

Adresse de la société :

Code postal : Ville :

Téléphone :
Courriel : @

Nombre d'associés :

Noms, prénoms et professions des associés :

N° SIRET de la société (s'il existe) :

3. B MODE D'EXERCICE SALARIE EN 2012

3. B.1. Vous exercez dans la fonction publique

☐ Etablissement Public de Santé (CHU, CH, Hôpital Local)

☐ Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

☐ Etablissement Public Territorial (Centre de Santé, Dispensaire, Municipalité)

☐ Autre

Votre Statut :

☐ Titulaire

☐ Agent contractuel de la fonction publique

☐ CDI ☐ CDD

☐ Autre (stagiaire…)

Raison sociale et adresse de l'employeur :

Vous exercez à temps partiel : ☐ OUI ☐ NON

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 de l'Ordre départemental ou vous êtes enregistré.

3. B.2. Vous exercez dans le secteur privé

☐ But non lucratif (Croix Rouge, FEHAP...)

☐ But lucratif (Cliniques et hôpitaux privés adhérents à la FHP…)

☐ Autres (salarié au sein d'une équipe sportive, d'un cabinet, intérimaire….)

Votre Statut : ☐ CDI ☐ CDD

Vous exercez à temps partiel : ☐ OUI ☐ NON

Raison(s) sociale(s) et adresse(s) du / ou des employeurs :

REPRODUIRE DANS LE CADRE CI-DESSOUS A LA MAIN 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 sanction susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au tableau n'est en cours à mon encontre. »

J'atteste 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 renvoyer accompagné des documents justificatifs d'exercice en courrier recommandé avec accusé de réception ou à déposer au conseil départemental du lieu de votre exercice.

Je demande mon inscription au tableau 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 les déclarations précédentes et à répondre à toute demande de renseignement émanant du conseil de l'ordre.

Date : / /

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 de l'Ordre départemental ou vous êtes enregistré.