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 :

Date d'obtention : / /

Lieu de formation (ville) :

Nom de l'IFMK pour les diplômés d'Etat :

Numéro ADELI :

Pour les diplômés de l'année :

Date de l'attestation provisoire: / /

Service ayant délivré l'attestation provisoire :

Numéro du diplôme :

Libellé d'obtention :

Date d'obtention : / /

Lieu de formation (ville):

Nom de l'IFMK pour les diplômes d'Etat :

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

Numéro du diplôme :

Libellé d'obtention :

Pays d'obtention du diplôme :

Date de délivrance de l'autorisation d'exercice : / /

Autorité de délivrance pour l'autorisation d'exercice :

Numéro de l'autorisation :

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).

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 :

Numéro du diplôme :

Titre :

Spécificité(s):

Date d'obtention : / /

Organisme Formateur:

....

Libellé du diplôme :

Numéro du diplôme :

Titre :

Spécificité(s):

Date d'obtention : / /

Organisme Formateur:

....

Libellé du diplôme :

Numéro du diplôme :

Titre :

Spécificité(s):

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 départemental de l'Ordre où vous êtes inscrit(e).

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).

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).

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.

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).