

## Dossier administratif

### Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

<b>État civil</b>			
Civilité <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M			
Nom patronymique (naissance) :			Collez votre photo
Nom d'usage :			
Prénom :	2 <sup>ème</sup> Prénom :	3 <sup>ème</sup> Prénom :	
Date de naissance :			
Ville, arrondissement, département et pays de naissance :			
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> UE, précisez : <input type="checkbox"/> hors UE, précisez :			
Date d'acquisition de la nationalité française :			
<b>Coordonnées personnelles</b>			
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) :	
<b>Diplôme de masseur-kinésithérapeute ou autorisation d'exercice</b>			
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) :			
<b>Autres diplômes (post baccalauréat)</b>			
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) :			
<b>Exercice professionnel</b>			
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Conventionné	<input type="checkbox"/> Non conventionné	
<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Titulaire de la Fonction Publique <input type="checkbox"/> Agent contractuel de la Fonction Publique : <input type="checkbox"/> Secteur privé : <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD	
<input type="checkbox"/> Mixte, précisez vos statuts :			
	<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Conventionné <input type="checkbox"/> Non conventionné	
	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Agent contractuel de la Fonction Publique : <input type="checkbox"/> Secteur privé : <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :			
N° RPPS :			
Votre choix d'envoi des courriers : <input type="checkbox"/> Adresse personnelle <input type="checkbox"/> Adresse professionnelle			
Spécificité d'exercice (le cas échéant) :			
Date du dernier DPC (Développement Professionnel Continu) :			
<b>Langues étrangères pratiquées</b>			
Langue 1 :	<input type="checkbox"/> niveau scolaire	<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue
Langue 2 :	<input type="checkbox"/> niveau scolaire	<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue
Langue 3 :	<input type="checkbox"/> niveau scolaire	<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue



## Dossier d'inscription

### Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Activité principale		
Mode d'exercice :	<input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 2		
Mode d'exercice :	<input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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) :

\*En faisant le choix d'indiquer un numéro de téléphone personnel et une adresse mail personnelle dans la partie relative aux coordonnées professionnelles, vous consentez à ce qu'ils soient enregistrés au RPPS et consultables librement au sein de l'annuaire santé.



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

Activité 3		
Mode d'exercice :	<input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié    Date de début d'activité :	
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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		
Mode d'exercice :	<input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié    Date de début d'activité :	
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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) :

\*En faisant le choix d'indiquer un numéro de téléphone personnel et une adresse mail personnelle dans la partie relative aux coordonnées professionnelles, vous consentez à ce qu'ils soient enregistrés au RPPS et consultables librement au sein de l'annuaire santé.



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

Activité 5		
Mode d'exercice :	<input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié    Date de début d'activité :	
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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		
Mode d'exercice :	<input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié    Date de début d'activité :	
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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) :

\*En faisant le choix d'indiquer un numéro de téléphone personnel et une adresse mail personnelle dans la partie relative aux coordonnées professionnelles, vous consentez à ce qu'ils soient enregistrés au RPPS et consultables librement au sein de l'annuaire santé.



## 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 : .....	
<p>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 ».</p> <p>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) ».</p> <p>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) ».</p> <p>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 gestion 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.</p> <p>Vos données sont conservées pendant la durée d'exercice professionnel de masseur-kinésithérapeute.</p> <p>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 de la santé et la prévention, 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.</p> <p>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 <a href="mailto:dpo@ordremk.fr">dpo@ordremk.fr</a>. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire.</p> <p>Vos données personnelles collectées et traitées au sein du système d'information du tableau de l'Ordre, puis transmises à l'Agence du numérique en santé et enregistrées au sein du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Certaines de ces données sont rendues publiques dans l'annuaire santé. Les données du RPPS en accès libre dans l'annuaire santé sont les suivantes : le numéro RPPS, le nom et le prénom d'exercice, la profession exercée, les qualifications et les coordonnées professionnels inhérents au lieu d'exercice déclarés dans l'onglet "activité".</p>	
Date :	Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" :