

Etes-vous

Célibataire marié(e) veuf (ve) divorcé(e) concubin (e) PACS

Date et lieu de naissance du conjoint : / / /

Profession du conjoint :
.....

Noms prénoms et date de naissance de vos enfants :

_____	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELS

Pour les diplômés de l'année :

Date de l'attestation provisoire: / /

DRASS ayant délivré l'attestation (Région)

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

Date de délivrance de l'autorisation : / /

DRASS ayant délivré l'autorisation (Région) :

2. C : Pour les étrangers Hors Union Européenne titulaires d'un Diplôme d'Etat Français :

Numéro du diplôme :

Date d'obtention : / /

DRASS ayant délivré le diplôme :

IFMK d'origine (Ecole) :

Date d'autorisation d'exercice : / / (Date de publication au Journal Officiel)

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

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

Diplôme : _____

Date d'obtention : / /

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : / /

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : / /

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : / /

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : / /

2.D : SPECIFICITE D'EXERCICE (ostéopathie, mézières, ergonomie, etc)

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.

Avez-vous des intérêts dans un organisme ou une entreprise en rapport avec les activités médicales ou paramédicales ?

OUI

NON

Si oui: indiquez la raison sociale de l'organisme ou de l'entreprise ainsi que son objet :

Avez-vous un projet de contrat où avez-vous conclu un ou des contrats ayant pour objet l'exercice de votre profession ?

Contrat(s) de travail, Contrat(s) de remplacement, Contrat d'assistant-collaborateur, Contrat(s) d'association, Statut(s) SCM SCP SEL, Baux, Contrat(s) de leasing, etc .., ainsi que tous les avenants éventuels

OUI

NON

Si oui de quelle(s) nature(s) ?

Indiquer le libellé de vos plaques et ordonnances

Dans le cas où vous désiriez faire paraître dans la presse une annonce d'installation le libellé devra en être soumis, avant exécution, à l'approbation du Conseil Départemental de l'Ordre du lieu d'exercice.

Veillez indiquer les mentions données à l'agence Télécom pour ses annuaires où à tous autres annuaires professionnels :

.....
.....
.....

REPRODUIRE DANS LE CADRE CI-DESSOUS A LA MAIN LA PHRASE :

« 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. »

REPRODUIRE CI-DESSOUS A LA MAIN LA PHRASE ****

« J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du Code de déontologie et je fais serment de le respecter. »

**** Ne pas répondre à cette question tant que le Code de Déontologie n'est pas publié au Journal Officiel

Ce document est à renvoyer accompagné des documents justificatifs d'exercice en Recommandé avec Accusé de Réception au Conseil Départemental du lieu de votre exercice

A QUELLE ADRESSE SOUHAITEZ-VOUS QUE L'ON VOUS ADRESSE LES COURRIERS.

Entourer un des numéros ci-après :

1 (Adresse domicile)

2 (Adresse professionnelle)

Je demande mon inscription au Tableau des masseurs-kinésithérapeutes du Département du lieu de mon exercice principal

Nom 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 : / / 200

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.