



**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.

### 3. EXERCICE PROFESSIONNEL EN 2008\* :

1<sup>ère</sup> année d'exercice

Libéral

Salarié

Mixte\*\* libéral :    %      salarié :    %

\* *Si vous en avez déjà connaissance*

\*\* *Remplir le mode d'exercice libéral et salarié ci-après*

#### 3. A : MODE D'EXERCICE LIBERAL EN 2008\*

Conventionné - N° de praticien

Non conventionné

Remplaçant

Exercice individuel

Assistant-Collaborateur

Exercice en groupe :  SCM  SCP

SEL  Société de Fait

Cabinet secondaire :  OUI  NON      Nombre :

Possédez-vous une Carte de Professionnel de Santé (CPS)

OUI  NON si OUI N°

\* *Si vous en avez déjà connaissance*

Exercice individuel

Exercice exclusif à domicile (Adresse personnelle)

Adresse du cabinet :

Code postal :      Ville :

Téléphone :

Courriel :           @

Si vous êtes remplaçant :

PONCTUELLEMENT

DE FACON PERMANENTE

Nom du/des confrère(s) remplacé(s) :

Grid for name entry with 28 columns and 6 rows of dashed boxes.

Adresse du/des Cabinet(s) :

1 Grid for address entry with 28 columns and 3 rows of dashed boxes.

Code postal : Ville :

Grid for postal code and city entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes.

Téléphone :

Grid for telephone entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes.

Courriel :

Grid for email entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes, including an @ symbol.

2 Grid for address entry with 28 columns and 3 rows of dashed boxes.

Code postal : Ville :

Grid for postal code and city entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes.

Téléphone :

Grid for telephone entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes.

Courriel :

Grid for email entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes, including an @ symbol.

3 Grid for address entry with 28 columns and 3 rows of dashed boxes.

Code postal : Ville :

Grid for postal code and city entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes.

Téléphone :

Grid for telephone entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes.

Courriel :

Grid for email entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes, including an @ symbol.

4 Grid for address entry with 28 columns and 3 rows of dashed boxes.

Code postal : Ville :

Grid for postal code and city entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes.

Téléphone :

Grid for telephone entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes.

Courriel :

Grid for email entry with 28 columns and 1 row of dashed boxes, including an @ symbol.

Avez-vous un contrat de remplacement ? OUI  NON

**Si vous êtes Assistant-Collaborateur :**

Nom du titulaire du cabinet :

L  
L L

Adresse du cabinet :

L  
L L

Code

postal : L L L L L Ville : L

Téléphone : L L L L L L L L L L L L L L

Courriel : L L L L L L L L L L L L L L @ L L L L L L L L L L L L L L

**Avez-vous un contrat d'Assistant Collaborateur**

**OUI**       **NON**

**Si vous exercez en groupe :**                               SCM                     SCP                     SEL                     Société de Fait

Nom de la société :

L  
L L

Adresse de la société :

L  
L L

Code postal : L L L L L

Ville : L

Téléphone : L L L L L L L L L L L L L L

Courriel : L L L L L L L L L L L L L L @ L L L L L L L L L L L L L L

Nombre d'associés : L L      Nom et prénom des associés :

L  
L  
L  
L  
L L

N° SIRET : L L L L L L L L L L L L L L L L



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 désireriez 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.