

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.

3. MODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL EN COURS D'ANNÉE :

- Libéral
- Salarié
- Mixte (libéral et salarié)
- 1^{ère} année d'exercice (Libéral, Salarié ou Mixte)
- Autre (bénévole, retraité), précisez : _____

Merci de bien vouloir cocher la case ci-dessous indiquant l'adresse postale à laquelle vous souhaitez que l'ordre adresse les correspondances qui vous sont destinées :

- Personnelle
- Professionnelle



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 : _____



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 : L

Complément d'adresse : L

L L

Code postal : L L L L L L L Ville : L

Pays : L

Téléphone : L L / L L / L L / L L / L L

Courriel _____ @ _____

Date de début d'exercice dans la structure : L L / L L L / L L L L



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 sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'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 les déclarations précédentes et à répondre à toute demande de renseignement émanant du Conseil de l'Ordre.

Date : LL/LL/LLLL

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :