



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

ETAT CIVIL		Collez votre photo
Civilité : Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>		
Nom patronymique (naissance) :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Ville, département, pays de naissance : Arrondissement :		
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> U.E, Précisez : <input type="checkbox"/> Hors UE, Précisez :		
Date d'acquisition de la nationalité française :		
COORDONNEES PERSONNELLES		
N° de voie :	Nom de la voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit ou boîte postale :		
Code postal :	Ville : Pays :	
Téléphone personnel (mobile) :		
Adresse électronique personnelle :		
DIPLÔME DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE		
Libellé du diplôme :		
Date d'obtention :	N° du Diplôme :	
Ville et Pays d'obtention du diplôme :		
SI AUTORISATION D'EXERCICE		
Autorité ayant délivrée l'autorisation d'exercice :		
Lieu de délivrance :		
Date de délivrance de l'autorisation d'exercice :		
EXERCICE PROFESSIONNEL		
Adresse électronique professionnelle :		
Libéral <input type="checkbox"/>	Conventionné <input type="checkbox"/> Non conventionné <input type="checkbox"/>	
Salarié <input type="checkbox"/>	Non cadre <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Autre, Précisez :	
Mixte <input type="checkbox"/>	Précisez :	
Autre <input type="checkbox"/>	Précisez :	
ADRESSE DE CORRESPONDANCE		
Personnelle <input type="checkbox"/>	Professionnelle <input type="checkbox"/>	
ACTIVITE PRINCIPALE		
Libéral <input type="checkbox"/>	Date de début d'activité :	Remplacement exclusif : <input type="checkbox"/>
Salarié <input type="checkbox"/>	Exercice au domicile des patients exclusivement : <input type="checkbox"/>	
Type de structure :	SISA <input type="checkbox"/> SCP <input type="checkbox"/> CABINET DE GROUPE <input type="checkbox"/> CABINET INDIVIDUEL <input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT PUBLIC <input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT PRIVE <input type="checkbox"/>	
Nom de la structure ou des Titulaires (MK) :		
Adresse :		
Code postal :	Ville :	



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

ACTIVITE SECONDAIRE	
Libéral <input type="checkbox"/>	Date de début d'activité : _____
Salarié <input type="checkbox"/>	Remplacement exclusif : <input type="checkbox"/>
Exercice au domicile des patients exclusivement : <input type="checkbox"/>	
Type de structure :	SISA <input type="checkbox"/> SCP <input type="checkbox"/> CABINET DE GROUPE <input type="checkbox"/> CABINET INDIVIDUEL <input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT PUBLIC <input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT PRIVE <input type="checkbox"/>
Nom de la structure ou des Titulaires (MK) :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :

DECLARATIONS :	
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><i>Vos données personnelles sont traitées par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, en tant que responsable du traitement, dans le cadre du tableau de l'ordre fondé sur une obligation légale prévue aux articles L.4112-5 et L.4321-10 du code de la santé publique.</i></p> <p><i>Vos données sont conservées pendant la durée de votre exercice professionnel.</i></p> <p><i>Elles sont accessibles aux personnes habilitées en interne, ainsi qu'aux organismes externes suivants : le CNOMK, l'ANS, l'ARS, la CPAM, l'URSSAF, les établissements de santé, les caisses de retraite, nos sous-traitants et le ministère de la santé, 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.</i></p> <p><i>Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union Européenne.</i></p> <p><i>Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi informatique et libertés, 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>.</i></p> <p><i>Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire.</i></p>	
Date : _____	Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" : _____