



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

ETAT CIVIL		Collez votre photo
Civilité : Mme ☐ M. ☐		
Nom patronymique (naissance) :		
Prénoms :		
Date de naissance :		
Ville, département, pays de naissance : Arrondissement :		
Nationalité : ☐ Française ☐ U.E, Précisez : ☐ 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 Français :
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 :		
AUTRE DIPLÔME (post-baccalauréat) lié à la profession de Masseur-Kinésithérapeute		
Libellé du diplôme :		
Date d'obtention :		N° du Diplôme Français :
Ville et Pays d'obtention du diplôme :		
Lieu de formation (nom de l'établissement et département) :		
ADRESSE DE CORRESPONDANCE		
Personnelle ☐ Professionnelle ☐		
ACTIVITE MILITAIRE AU SEIN DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES (SSA)		
Avez-vous intégré le SSA : OUI ☐ NON ☐		
Si vous avez été radié du SSA, précisez à quelle date :		
Si vous êtes toujours rattaché(e) au SSA, quel est votre statut actuel :		
Si vous êtes réserviste opérationnel, précisez la date de fin d'engagement :		
Exercez-vous uniquement dans le cadre de la réserve : OUI ☐ NON ☐		
EXERCICE PROFESSIONNEL		
Adresse électronique professionnelle :		
Libéral ☐	Conventionné ☐	Non conventionné ☐
Salarié ☐	Non cadre ☐	Cadre ☐ Autre, Précisez :
Mixte ☐	Précisez :	
Autre ☐	Précisez :	



Dossier d'inscription

Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

ACTIVITE PRINCIPALE	
Libéral ☐	Date de début d'activité : Remplacement exclusif : ☐
Salarié ☐	Exercice au domicile des patients exclusivement : ☐
Type de structure :	SISA ☐ SCP ☐ CABINET DE GROUPE ☐ CABINET INDIVIDUEL ☐ ETABLISSEMENT PUBLIC ☐ ETABLISSEMENT PRIVE ☐
Nom de la structure ou des Titulaires (MK) :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :

ACTIVITE SECONDAIRE	
Libéral ☐	Date de début d'activité : Remplacement exclusif : ☐
Salarié ☐	Exercice au domicile des patients exclusivement : ☐
Type de structure :	SISA ☐ SCP ☐ CABINET DE GROUPE ☐ CABINET INDIVIDUEL ☐ ETABLISSEMENT PUBLIC ☐ ETABLISSEMENT PRIVE ☐
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 :	
 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". 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)". 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)". <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> <i>Vos données sont conservées pendant la durée de votre exercice professionnel.</i> <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, le service santé des armées 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> <i>Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union Européenne.</i> <i>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 dpo@ordremk.fr.</i> <i>Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire.</i>	
Date :	Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" :