



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

État civil				Collez votre photo
Civilité <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M				
Nom patronymique (naissance) :				
Nom d'usage :				
Prénom :	2 ^{ème} Prénom :	3 ^{ème} Prénom :		
Date de naissance :				
Ville, arrondissement, département et pays de naissance:				
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> UE, précisez :		<input type="checkbox"/> hors UE, précisez :		
Date d'acquisition de la nationalité française :				
Coordonnées personnelles				
N° de voie :	Type et nom de voie :			
Complément d'adresse :				
Lieu-dit, boîte postale :				
Code postal :	Ville :	Pays :		
Téléphone personnel (fixe) :		Téléphone personnel (mobile) :		
Diplôme de masseur-kinésithérapeute ou autorisation d'exercice				
Libellé du diplôme :				
Numéro du diplôme :		Date d'obtention :		
Ville et pays d'obtention du diplôme :				
Lieu de formation (nom de l'établissement et département) :				
Autorité et date de délivrance de l'autorisation d'exercice (le cas échéant) :				
Autres diplômes (post baccalauréat)				
Libellé du diplôme :				
Numéro du diplôme :		Date d'obtention :		
Ville et pays d'obtention du diplôme :				
Lieu de formation (nom de l'établissement et département) :				
Exercice professionnel				
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Conventionné	<input type="checkbox"/> Non conventionné		
<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Titulaire de la Fonction Publique <input type="checkbox"/> Agent contractuel de la Fonction Publique : <input type="checkbox"/> Secteur privé : <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD		
<input type="checkbox"/> Mixte, précisez vos statuts :				
	<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Conventionné	<input type="checkbox"/> Non conventionné	
	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Agent contractuel de la Fonction Publique : <input type="checkbox"/> Secteur privé : <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD	
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :				
N° RPPS :				
Votre choix d'envoi des courriers : <input type="checkbox"/> Adresse personnelle <input type="checkbox"/> Adresse professionnelle				
Spécificité d'exercice (le cas échéant) :				
Date du dernier DPC (Développement Professionnel Continu) :				
Langues étrangères pratiquées				
Langue 1 :	<input type="checkbox"/> niveau scolaire	<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue	
Langue 2 :	<input type="checkbox"/> niveau scolaire	<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue	
Langue 3 :	<input type="checkbox"/> niveau scolaire	<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue	



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

Activité principale		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :

Activité secondaire		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :



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

Activité 3		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :

Activité 4		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :



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

Activité 5		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :

Activité 6		
<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié	Date de début d'activité :
Fonction :	<input type="checkbox"/> titulaire, <input type="checkbox"/> collaborateur, <input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <input type="checkbox"/> retraité actif, <input type="checkbox"/> assistant <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Type de structure :	<input type="checkbox"/> cabinet individuel, <input type="checkbox"/> cabinet de groupe, <input type="checkbox"/> exercice à domicile, <input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL <input type="checkbox"/> SISA, <input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé <input type="checkbox"/> établissement à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Raison sociale de la structure :		
Cabinet doté d'un bassin ou d'une piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nom(s), prénom(s) et numéro(s) d'inscription à l'Ordre du (des) titulaire(s) :		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone professionnel (fixe) :		Téléphone professionnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Numéro SIRET de la structure :		Numéro FINESS ET (établissement) :

