



**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**

**2. A : DIPLOME D'ETAT FRANÇAIS (Hors diplômé de l'année)**

Numéro du diplôme :

Date d'obtention :   /   /

Lieu d'obtention :

IFMK d'origine (Ecole) :

**NUMERO ADELI :**

**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 : L L / L L / L L L L

DRASS ayant délivré l'autorisation (Région) :

**2. C : Pour les étrangers Hors Union Européenne titulaires d'un Diplôme d'Etat Français :**

Numéro du diplôme : L L L L L L L L L L L L

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

DRASS ayant délivré le diplôme : L L L L L L L L L L

IFMK d'origine (Ecole) : L L L L L L L L L L L L

Date d'autorisation d'exercice : L L / L L / L L L L \*

\* 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 : L L / L L / L L L L

Organisme Formateur : \_\_\_\_\_

Diplôme : \_\_\_\_\_

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

Organisme Formateur : \_\_\_\_\_

Diplôme : \_\_\_\_\_

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

Organisme Formateur : \_\_\_\_\_

Diplôme : \_\_\_\_\_

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

Organisme Formateur : \_\_\_\_\_

Diplôme : \_\_\_\_\_

Date d'obtention : L L / L L / L L L L

Organisme Formateur : \_\_\_\_\_

**2.D: SPECIFICITE D'EXERCICE (ostéopathie, mézières,ergonomie,etc)**









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 désiriez 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 la respecter. »

**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**

**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 »)