

Dossier administratif

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) :			
Activité militaire au sein du Service de santé des armées (SSA)			
Avez-vous intégré le SSA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si vous avez été radié(e) du SSA, préciser à quelle date : / /			
Si vous êtes toujours rattaché(e) au SSA, quel est votre statut actuel :			
Si vous êtes réserviste opérationnel :			
. Date de fin de l'engagement : / /			
. Exercez-vous uniquement dans le cadre de la réserve : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
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			

Dossier administratif

Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

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		
Mode d'exercice :	<input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salaré	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"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
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 2		
Mode d'exercice :	<input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salaré	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"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
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) :

*En faisant le choix d'indiquer un numéro de téléphone personnel et une adresse mail personnelle dans la partie relative aux coordonnées professionnelles, vous consentez à ce qu'ils soient enregistrés au RPPS et consultables librement au sein de l'annuaire santé.



Dossier d'inscription

Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Activité 3		
Mode d'exercice :	<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"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
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		
Mode d'exercice :	<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"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
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) :

*En faisant le choix d'indiquer un numéro de téléphone personnel et une adresse mail personnelle dans la partie relative aux coordonnées professionnelles, vous consentez à ce qu'ils soient enregistrés au RPPS et consultables librement au sein de l'annuaire santé.



Dossier d'inscription

Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Activité 5		
Mode d'exercice :	<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"/> retraité actif,	<input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <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"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
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		
Mode d'exercice :	<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"/> retraité actif,	<input type="checkbox"/> associé (SEL, SCP), <input type="checkbox"/> remplaçant, <input type="checkbox"/> sans exercice, <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"/> domicile exclusif <input type="checkbox"/> établissement public, <input type="checkbox"/> établissement privé à but lucratif <input type="checkbox"/> établissement privé à but non lucratif, <input type="checkbox"/> entreprise d'intérim, <input type="checkbox"/> IFMK, <input type="checkbox"/> autre, précisez	
Structure d'exercice coordonnée :	<input type="checkbox"/> Maison de santé pluriprofessionnelle <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Communauté professionnelle territoriale de santé <input type="checkbox"/> Equipe de soins primaires/spécialisés	
Sociétés d'exercice :	<input type="checkbox"/> SCP, <input type="checkbox"/> SEL	
SISA :	<input type="checkbox"/> SISA	
Autres sociétés :	<input type="checkbox"/> SCM, <input type="checkbox"/> SPFPL,	
Nom de la structure d'exercice :		
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) :

*En faisant le choix d'indiquer un numéro de téléphone personnel et une adresse mail personnelle dans la partie relative aux coordonnées professionnelles, vous consentez à ce qu'ils soient enregistrés au RPPS et consultables librement au sein de l'annuaire santé.