

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"/>

Ces renseignements sont facultatifs et sont destinés à l'Entraide

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 : / /

DRASS ayant délivré l'autorisation (Région) :

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

Numéro du diplôme :

Date d'obtention : / /

DRASS ayant délivré le diplôme :

IFMK d'origine (Ecole) :

Date d'autorisation d'exercice : / / *

* 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 : / /

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : / /

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : / /

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : / /

Organisme Formateur : _____

Diplôme : _____

Date d'obtention : / /

Organisme Formateur : _____

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

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. »

******** Ne pas répondre à cette question tant que le Code de Déontologie n'est pas publié au Journal Officiel

A QUELLE ADRESSE SOUHAITEZ-VOUS QUE L'ON VOUS ADRESSE LES COURRIERS.

Entourer un des numéros ci-après

1 2 3 4 5 6 7

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 »)

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil de l'Ordre départemental ou vous êtes enregistré.