



QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE
des masseurs-kinésithérapeutes de Meurthe-et-Moselle
Année 2023

1. ETAT CIVIL

Civilité Madame Monsieur

Nom patronymique (naissance)⁰¹⁻⁰² _____

Nom d'usage⁰¹⁻⁰³ _____

Prénom(s) _____

Photo
d'identité

Date de naissance ____/____/____ Département _____

Lieu de naissance (Ville, Pays) _____

Nationalité : Française UE, préciser⁰² _____
 Hors UE, préciser⁰² _____

Date d'acquisition de la nationalité française ____/____/____

01 - Joindre une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité
 02 - Joindre une attestation de nationalité délivrée par une autorité compétente pour les ressortissants d'un État étranger
 03 - Joindre un acte de mariage

Adresse électronique professionnelle⁰⁴ _____@_____

Choix de votre adresse de correspondance adresse personnelle adresse professionnelle

Newsletters CNO oui non Annuaire de l'Ordre oui non

N° RPPS individuel⁰⁵

04 - Indiquer obligatoirement une adresse électronique professionnelle de communication (art. L.4001-2 du CSP)
 05 - Le n° RPPS est attribué définitivement dès votre première inscription au Tableau de l'Ordre. Ce numéro reste inchangé durant toute votre carrière professionnelle.

N° URSSAF⁰⁶ _____

06 - Photocopie de la dernière attestation d'URSSAF (pour les libéraux)

Adresse domicile privé⁰⁷ (cette adresse est retenue pour le masseur-kinésithérapeute libéral remplaçant et retraité inscrit au Tableau)

N° de voie _____ Type et nom de voie _____

Complément d'adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

Téléphone personnel (fixe) _____ Téléphone personnel (mobile) _____

07 - Joindre un justificatif de domicile à votre nom et de moins de 3 mois (facture électricité, gaz, téléphone fixe ou portable)

Les données ci-dessous sont facultatives et peuvent être destinées à l'entraide prévue par l'article L.4321-14 du Code de la santé publique.

Situation célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e) concubin(e) pacsé(e)

Conjoint(e) _____ né(e) le ____/____/____ à _____

Langues étrangères pratiquées :

Langue 1 : _____ o niveau scolaire o courant o bilingue
 Langue 2 : _____ o niveau scolaire o courant o bilingue
 Langue 3 : _____ o niveau scolaire o courant o bilingue

2. Titre de la profession de Masseur-Kinésithérapeute - diplômes, titres et grades accessoire

Merci de compléter les éléments ci-dessous selon la provenance de votre diplôme de kinésithérapie et selon les autres diplômes et formations obtenus.

2.1. DIPLOME D'ETAT FRANÇAIS

| | |
|--|---|
| Libellé du diplôme ⁰⁸ _____ | |
| IFMK (École) _____ | Ville _____ |
| Département _____ | Date de l'attestation provisoire ____/____/____ |
| Numéro du diplôme _____ | Date d'obtention ____/____/____ |
| Délivré par la DRJSCS _____ | Date de délivrance ____/____/____ |

08 - - Joindre une photocopie de votre diplôme d'État, ou le cas échéant, de votre attestation provisoire de réussite délivrée par le préfet de région

2.2. DIPLOME D'ETAT ISSU DE L'UNION EUROPEENNE (UE)

| | |
|---|-----------------------------------|
| Libellé du diplôme _____ | |
| Université – Ecole UE ⁰⁹⁻¹⁰ _____ | |
| Ville _____ | Pays _____ |
| Numéro du diplôme _____ | Date d'obtention ____/____/____ |
| Autorisation d'exercice ¹¹ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Date de délivrance ____/____/____ |
| Délivrée par la DREETS de _____ | |

09 - Joindre une autorisation d'exercice délivrée par la DREETS (ou par le ministère de l'Emploi et de la solidarité)
10 - Joindre une photocopie de votre diplôme UE (art. R4112-1 du CSP)
11 - Joindre, le cas échéant, une copie de la traduction de ce diplôme UE (art. R4112-1 du CSP)

2.3. DIPLOME HORS UNION EUROPEENNE

| | |
|---|-----------------------------------|
| Université – École hors UE ⁰⁹⁻¹⁰⁻¹¹ _____ | |
| Ville _____ | Pays _____ |
| Numéro du diplôme _____ | Date d'obtention ____/____/____ |
| Diplôme d'État Français (obligatoire) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| IFMK (École) _____ | Ville _____ |
| | Département _____ |
| Date de l'attestation provisoire ____/____/____ | |
| Numéro du diplôme français _____ | Date d'obtention ____/____/____ |
| Délivré par la DREETS _____ | Date de délivrance ____/____/____ |

09 - Joindre une autorisation d'exercice délivrée par la DREETS (ou par le ministère de l'Emploi et de la solidarité)
10 - Joindre une photocopie de votre diplôme UE (art. R4112-1 du CSP)
11 - Joindre, le cas échéant, une copie de la traduction de ce diplôme UE (art. R4112-1 du CSP)

2.4. AUTRE(S) DIPLOME(S), TITRE(S), GRADE(S) PROFESSIONNEL(S) ET/OU UNIVERSITAIRE(S)

2.4.1. AUTRE DIPLOME :

Exemple : cadre de santé, DIU, Licence, Master, Doctorat qui devront être reconnus par le Conseil national de l'Ordre - art. R.4321-122 du CSP (Consultez ordremk.fr/ordre/les-diplomes-universitaires/).

| | |
|--|-------------------------|
| Libellé du diplôme ¹² _____ | |
| Date d'obtention ____/____/____ | Numéro du diplôme _____ |
| Organisme Formateur / Université _____ | |

12 - Joindre une photocopie de ce diplôme

2.4.2. AUTRE DIPLOME :

Exemple : cadre de santé, DIU, Licence, Master, Doctorat qui devront être reconnus par le Conseil national de l'Ordre - art. R.4321-122 du CSP (Consultez ordremk.fr/ordre/les-diplomes-universitaires/).

Libellé du diplôme¹³ _____

Date d'obtention ____ / ____ / ____

Numéro du diplôme _____

Organisme Formateur / Université _____

¹³ - Joindre une photocopie de ce diplôme

2.4.3. CARTE D'EDUCATEUR SPORTIF :

Carte d'éducateur sportif¹⁴ _____

Date de délivrance de la carte ____ / ____ / ____ Délivrée par le préfet de _____

¹⁴ - Joindre une copie de la carte professionnelle

2.4.4. FORMATION À L'EXPERTISE JUDICIAIRE EN MASSO-KINESITHERAPIE¹⁵ :

Date d'obtention ____ / ____ / ____

Inscrit près la Cour d'Appel de _____

Organisme Formateur _____

Non Inscrit près une cour d'appel

Êtes-vous membre d'une compagnie d'expert ?

OUI NON

Si oui, laquelle ? _____

¹⁵ - Joindre une photocopie de cette attestation

2.5. SPECIFICITES D'EXERCICE

Les kinésithérapeutes peuvent faire figurer sur une plaque supplémentaire en application de l'article R. 4321-125 du code de la santé publique, les spécificités d'exercice après accord du conseil départemental.

Je suis titulaire d'un (ou plusieurs) diplôme(s) délivré(s) par l'université, reconnu(s) par le conseil national¹⁶, en rapport avec la(es) spécificité(s) d'exercice suivantes : _____

J'ai suivi auprès d'un organisme de formation continue signataire de la charte de déontologie, une formation remplissant les conditions établies par le Conseil national de l'Ordre¹⁷, permettant ainsi la reconnaissance de la (des) spécificité(s) suivante(s) : _____

¹⁶ - Joindre une photocopie du diplôme et de sa reconnaissance par le CNO (Consultez ordremk.fr/ordre/les-diplomes-universitaires/)

¹⁷ - Joindre l'attestation de la formation remplissant les conditions établies par le CNO (Consultez ordremk.fr/je-suis-kinestherapeute/formation/la-charte-deontologique/)

2.6. FORMATION ET DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Attestation du dernier DPC¹⁸ dont le thème est _____

Date d'obtention ____ / ____ / ____

Date de validité ____ / ____ / ____

Organisme Formateur _____

¹⁸ - Joindre une photocopie de l'attestation de la formation en DPC (obligation triennale - art. L.4021-1 du CSP)

2.7. EXERCICE HORS STAGE EN FORMATION INITIALE

Avez-vous exercé en dehors de votre cursus scolaire (hors stages) une activité rémunérée de la profession de Masseur-Kinésithérapeute ? OUI NON

Le cas échéant, dans quelle structure ? _____

Le cas échéant, à quelle date ? du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

3. Statut professionnel en Meurthe-et-Moselle en 2023

J'exerce ou je souhaite exercer en tant que masseur-kinésithérapeute

Libéral (Reportez-vous à la rubrique 3.1.ci-dessous)

Salarié (Reportez-vous à la rubrique 3.2. à la page 6)

3.1. MODE D'EXERCICE LIBÉRAL

Date de début d'activité ____/____/____

Conventionné et/ou Non conventionné

Thérapeutique Thérapeutique et Non thérapeutique Exclusivement Non thérapeutique

Exercice individuel Êtes-vous propriétaire de votre local professionnel ? OUI NON

Si vous avez coché OUI, joindre une déclaration sur l'honneur de propriété du local professionnel sinon joindre votre bail professionnel

N° SIRET _____

Exercice exclusif à domicile Êtes-vous propriétaire de votre résidence personnelle ? OUI NON

L'adresse de votre résidence personnelle sera retenue comme votre adresse professionnelle.

Si vous avez coché OUI, joindre une déclaration sur l'honneur de propriété de votre résidence personnelle sinon joindre votre bail

Remplaçant libéral Avez-vous conclu un contrat de remplacement ? OUI¹⁹ NON

Collaborateur libéral Avez-vous conclu un contrat de collaborateur libéral ? OUI NON

Assistant libéral Avez-vous conclu un contrat d'assistantat libéral ? OUI²⁰ NON

Exercice en groupe SCM SCP SEL SISA SPFPL Autre _____

Avez-vous rédigé des statuts, conventions ?²¹ OUI NON

Avez-vous rédigé un règlement intérieur ?²¹ OUI NON

Avez-vous signé un bail de location ?²² OUI NON

Autres, précisez _____

Avez-vous souscrit à une assurance Responsabilité civile professionnelle²³ OUI NON

¹⁹ - Joindre un exemplaire de ce contrat puis transmettre régulièrement chaque contrat signé.

²⁰ - Joindre un exemplaire de chaque contrat.

²¹ - Joindre un exemplaire des statuts et, le cas échéant, du règlement intérieur

²² - Si vous avez coché OUI, joindre une déclaration sur l'honneur de propriété du local professionnel sinon joindre votre bail professionnel

²³ - Joindre une photocopie du contrat de votre RCP (Article L.1142-2 alinéa 1 du Code de santé publique)

3.1.1. JE SUIS ASSISTANT LIBÉRAL OU COLLABORATEUR LIBÉRAL

Nom et prénom du titulaire du cabinet _____

3.1.2. JE SUIS EN EXERCICE INDIVIDUEL

Date de début d'activité ____/____/____

Nom et prénom des collaborateurs ou assistants (le cas échéant) _____

3.1.3. JE SUIS ASSOCIE EXERÇANT EN GROUPE :

Dénomination de la société : _____

Date de début d'activité ____ / ____ / ____ Numéro de SIRET²⁴ _____

Noms et prénoms des associés en précisant le nombre de part de chacun (soulignez le ou les gérant(s) de la société)

²⁴ - Joindre un justificatif de votre numéro de SIRET de votre société

3.1.4. ADRESSE DU CABINET PRINCIPAL :

(cette adresse est retenue pour le masseur-kinésithérapeute libéral sauf pour le remplaçant)

Code postal _____ Ville _____

Date de début d'activité ____ / ____ / ____

Téléphone professionnel du cabinet ____ . ____ . ____ . ____

Exercez-vous au sein d'autres cabinets ? OUI NON

Si OUI, précisez le nombre (____) et les adresses ci-dessous.

3.1.5. ADRESSE DU CABINET « SECONDAIRE » :

Adresse du cabinet secondaire (**déclaration obligatoire**, article R.4321-129 du Code de la santé publique)

Code postal _____ Ville _____

Date de début d'activité ____ / ____ / ____

Téléphone professionnel du cabinet ____ . ____ . ____ . ____

Nom et prénom des kinésithérapeutes exerçant à cette adresse (le cas échéant) _____

3.1.6. ADRESSE DU « CABINET SUPPLEMENTAIRE » :

Adresse du cabinet tertiaire (**exclusivement sur dérogation** du Conseil départemental, article R.4321-129 du Code de la santé publique)

Code postal _____ Ville _____

Date de début d'activité ____ / ____ / ____

Téléphone professionnel du cabinet ____ . ____ . ____ . ____

Nom et prénom des kinésithérapeutes exerçant à cette adresse (le cas échéant) _____

3.2. MODE D'EXERCICE SALARIÉ

3.2.1. TYPE DE CONTRAT SALARIE :

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| J'exerce ²⁵ | <input type="checkbox"/> en CDI | <input type="checkbox"/> en CDD | <input type="checkbox"/> en intérimaire | <input type="checkbox"/> Fonctionnaire : |
| | | | | <input type="checkbox"/> Titulaire |
| | | | | <input type="checkbox"/> Vacataire |
| <input type="checkbox"/> À temps complet | <input type="checkbox"/> À temps partiel | (préciser, la quotité de temps : _____ % ou _____ Heures) | | |
| Date de début d'activité _____ / _____ / _____ | | | | |
| Date de fin d'activité _____ / _____ / _____ (En cas de contrat temporaire) | | | | |
| <small>25 - Joindre un exemplaire de votre contrat salarié</small> | | | | |

3.2.2. NATURE DE L'EXERCICE SALARIE :

| | |
|----------------------------------|--|
| J'exerce en établissement public | <input type="checkbox"/> Établissement Public de Santé (CHU, CH, Hôpital Local) |
| | <input type="checkbox"/> Institut de formation en masso-kinésithérapie public |
| | <input type="checkbox"/> Établissement Public Territorial (centre de santé, dispensaire, municipalité) |
| J'exerce en établissement privé | <input type="checkbox"/> But non lucratif (Croix Rouge, FEHAP, CRAM, Convention 1966, etc.) |
| | <input type="checkbox"/> But lucratif (Clinique, EHPAD) |
| | <input type="checkbox"/> Institut de formation en masso-kinésithérapie privé |
| | <input type="checkbox"/> Autres (MK salarié au sein d'une équipe sportive, d'un cabinet...) |

3.2.3. EMPLOYEUR :

| | |
|---|-----------------|
| Raison sociale de l'employeur ²⁶ | |
| _____ | |
| _____ | |
| Numéro FINESS de l'établissement _____ | Téléphone _____ |
| Adresse de l'employeur (cette adresse est retenue pour le masseur-kinésithérapeute salarié) | |
| _____ | |
| _____ | |
| Service _____ | |
| _____ | |
| Code postal _____ | Ville _____ |
| <small>26 - Joindre une fiche de paie</small> | |

4. DECLARATIONS COMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES

4.1. DECLARATION SUR L'HONNEUR DE PROCEDURE COLLECTIVE

Avez-vous ou faites-vous l'objet d'une procédure collective ?

OUI

NON

Si oui, depuis quelle date ? / /

De quelle procédure s'agit-il ²⁷ ?

- Redressement judiciaire
- Liquidation judiciaire
- Faillite personnelle
- Interdiction de gérer

27 – barrer les mentions inutiles

4.2. DECLARATION SUR L'HONNEUR D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

Joindre la déclaration sur l'honneur d'inscription au Tableau de l'Ordre dûment complétée.

4.3 CURRICULUM VITAE

Joindre un curriculum vitae, pièce obligatoire d'après l'article R.4112-1 du Code de la santé publique.

4.4 TOUS PROJETS DE CONTRATS ET CONTRATS LIES A VOTRE EXERCICE PROFESSIONNEL (L.4113-9 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE)

Joindre un exemplaire de chaque contrat lié à votre exercice professionnel (contrat de remplacement, collaborateur libéral, bail ou attestation de propriété, statuts de société, CDI, CDD, ordre de mission intérimaire, RCP, ...) ou que vous pourrez apporter lors de votre entretien d'inscription.

Ce questionnaire est à retourner au Conseil départemental de l'Ordre de Meurthe-et-Moselle accompagné des documents justificatifs demandés.

Tout dossier incomplet sera non recevable et non instruit. Par conséquent, votre demande d'inscription ne sera pas traitée.

1. « Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre de Meurthe-et-Moselle ».
2. « 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 de l'Ordre n'est en cours à mon encontre ».
3. « 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 publiques) ».
4. « 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) ».

Article R.4321-143 du Code de la santé publique : Toute déclaration volontairement inexacte ou incomplète faite au Conseil Départemental de l'Ordre par un masseur kinésithérapeute peut donner lieu à des poursuites disciplinaires. Il en est de même de la dissimulation de contrats professionnels.

Article R.4321-144 du Code de la santé publique : Tout Masseur Kinésithérapeute qui modifie ses conditions d'exercice, y compris l'adresse professionnelle ou cesse d'exercer dans le département est tenu d'en avertir sans délai le conseil départemental de l'Ordre. Celui-ci prend acte de ces modifications et en informe le Conseil National.

Fait le ____ / ____ / 2023 à _____

Signature

(Précédée du nom, du prénom et de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

Les données personnelles sont traitées par le conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, en tant que responsable du traitement, dans le cadre de la gestion du tableau de l'Ordre fondée sur l'obligation légale fixée aux articles L. 4112-5 et L. 4321-10 du code de la santé publique.

Les données sont conservées pendant la durée d'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute dans le ressort du département concerné.

Vos données personnelles sont accessibles aux personnes habilitées en interne, ainsi qu'aux organismes externes suivants : le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, l'Agence du numérique en santé, l'agence régionale de santé, la Caisse primaire d'assurance maladie, l'URSSAF, les établissements de santé, les caisses de retraite, nos sous-traitants, et le Ministère des Solidarités et 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. Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union européenne. 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 de traitement, en adressant votre demande par courrier postal au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes – secrétariat général – 91 bis rue de la Recherche-Midi 75006 Paris ou par mail à dpo@ordremk.fr. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire.