



## 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 <sup>08</sup> _____	
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 <sup>09-10</sup> _____	
Ville _____	Pays _____
Numéro du diplôme _____	Date d'obtention ____/____/____
Autorisation d'exercice <sup>11</sup> <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 <sup>09-10-11</sup> _____	
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/](http://ordremk.fr/ordre/les-diplomes-universitaires/)).

Libellé du diplôme <sup>12</sup> _____	
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/](http://ordremk.fr/ordre/les-diplomes-universitaires/)).

Libellé du diplôme<sup>13</sup> \_\_\_\_\_

Date d'obtention \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numéro du diplôme \_\_\_\_\_

Organisme Formateur / Université \_\_\_\_\_

<sup>13</sup> - Joindre une photocopie de ce diplôme

#### 2.4.3. CARTE D'EDUCATEUR SPORTIF :

Carte d'éducateur sportif<sup>14</sup> \_\_\_\_\_

Date de délivrance de la carte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Délivrée par le préfet de \_\_\_\_\_

<sup>14</sup> - Joindre une copie de la carte professionnelle

#### 2.4.4. FORMATION À L'EXPERTISE JUDICIAIRE EN MASSO-KINESITHERAPIE<sup>15</sup> :

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 ? \_\_\_\_\_

<sup>15</sup> - 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 national<sup>16</sup>, 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'Ordre<sup>17</sup>, permettant ainsi la reconnaissance de la (des) spécificité(s) suivante(s) : \_\_\_\_\_

<sup>16</sup> - Joindre une photocopie du diplôme et de sa reconnaissance par le CNO (Consultez [ordremk.fr/ordre/les-diplomes-universitaires/](http://ordremk.fr/ordre/les-diplomes-universitaires/))

<sup>17</sup> - Joindre l'attestation de la formation remplissant les conditions établies par le CNO (Consultez [ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/la-charte-deontologique/](http://ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/la-charte-deontologique/))

#### 2.6. FORMATION ET DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Attestation du dernier DPC<sup>18</sup> dont le thème est \_\_\_\_\_

Date d'obtention \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de validité \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

<sup>18</sup> - 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 2024

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 ?  OUI<sup>19</sup>  NON

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

Assistant libéral Avez-vous conclu un contrat d'assistantat libéral ?  OUI<sup>20</sup>  NON

Exercice en groupe  SCM  SCP  SEL  SISA  SPFPL  Autre \_\_\_\_\_

Avez-vous rédigé des statuts, conventions ?<sup>21</sup>  OUI  NON

Avez-vous rédigé un règlement intérieur ?<sup>21</sup>  OUI  NON

Avez-vous signé un bail de location ?<sup>22</sup>  OUI  NON

Autres, précisez \_\_\_\_\_

Avez-vous souscrit à une assurance Responsabilité civile professionnelle<sup>23</sup>  OUI  NON

<sup>19</sup> - Joindre un exemplaire de ce contrat puis transmettre régulièrement chaque contrat signé.

<sup>20</sup> - Joindre un exemplaire de chaque contrat.

<sup>21</sup> - Joindre un exemplaire des statuts et, le cas échéant, du règlement intérieur

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

<sup>23</sup> - 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 SIRET<sup>24</sup> \_\_\_\_\_

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<sup>25</sup>  en CDI  en CDD  en intérimaire  Fonctionnaire :  
 Titulaire  
 Vacataire

À temps complet  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)

25 - Joindre un exemplaire de votre contrat salarié

### 3.2.2. NATURE DE L'EXERCICE SALARIE :

J'exerce en établissement public  Établissement Public de Santé (CHU, CH, Hôpital Local)  
 Institut de formation en masso-kinésithérapie public  
 Établissement Public Territorial (centre de santé, dispensaire, municipalité)

J'exerce en établissement privé  But non lucratif (Croix Rouge, FEHAP, CRAM, Convention 1966, etc.)  
 But lucratif (Clinique, EHPAD)  
 Institut de formation en masso-kinésithérapie privé  
 Autres (MK salarié au sein d'une équipe sportive, d'un cabinet...)

### 3.2.3. EMPLOYEUR :

Raison sociale de l'employeur<sup>26</sup>  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro FINESS de l'établissement \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur (cette adresse est retenue pour le masseur-kinésithérapeute salarié)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Service \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

26 - Joindre une fiche de paie

## 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 <sup>27</sup> ?

- 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2024 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@ordrekm.fr](mailto:dpo@ordrekm.fr). Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire.