**ETAT CIVIL**

🞏 Mme 🞏 M

Nom patronymique : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Nom d’usage : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

1er Prénom : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

2ème Prénom : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

3ème Prénom : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Numéro ordinal : ∟∟∟∟∟

Date de naissance : ∟∟/∟∟/∟∟∟∟

Ville de naissance : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟ département ∟∟∟

Pays de naissance : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Nationalité actuelle : 🞏Française

 🞏UE, précisez ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

 🞏Hors UE précisez : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Date d’acquisition de la nationalité française : ∟∟/∟∟/∟∟∟∟

Adresse de courriel professionnel :

***Coordonnées personnelles :***

N° de voie : ∟∟∟∟∟∟∟ Type de voie : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Nom de voie : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Complément d’adresse :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Code postal : ∟∟∟∟∟∟ Ville : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟ Pays : ∟∟∟∟∟∟

Téléphone personnel (fixe) : ∟∟/∟∟/∟∟/∟∟/∟∟

Téléphone personnel (mobile) : ∟∟/∟∟/∟∟/∟∟/∟∟

Courriel personnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de début d’exercice de la profession en France : ∟∟/∟∟∟/∟∟∟∟

Langues étrangères pouvant être utilisées dans le cadre de l’exercice :

Langue 1 : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Langue 2 : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Langue 3 : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Langue 4 : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Langue 5 : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

**DIPLOME**

Numéro du diplôme : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Libellé d’obtention :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Date d’obtention : ∟∟/∟∟/∟∟∟∟

Lieu de formation (ville et pays) :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Nom de l’établissement de formation :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Date de l’autorisation d’exercice : ∟∟/∟∟/∟∟∟∟

Service ayant délivré l’autorisation d’exercice :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

**AUTRES SPECIFICITES, GRADES, TITRES, DIPLOMES**

Libellé du diplôme :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Numéro du diplôme : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Titre :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Spécificité(s):

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Date d’obtention : ∟∟/∟∟/∟∟∟∟

Organisme formateur:

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Lieu de formation (ville et pays :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

**ACTIVITE PRINCIPALE**

Mode d’exercice : 🞏 Libéral 🞏 Conventionné 🞏 Non conventionné

🞏 Salarié

Genre d’activité : 🞏 Activité de soins 🞏 Activité non soignante (enseignants, formateurs, inactifs…)

🞏 Remplacement temporaire 🞏 Remplaçant exclusif

Secteur d’activité : 🞏 SEL

🞏 SCP

🞏 SCM

🞏 SPFPL

🞏 SISA

🞏 SEP

🞏 Cabinet individuel

🞏 Cabinet de groupe

🞏 Etablissement FINESS (CHU, cliniques…)

🞏 Autre (société d’intérim…), précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : 🞏 Titulaire 🞏 Assistant-collaborateur 🞏 Collaborateur

🞏 Salarié 🞏 Autre (fonctionnaire…), précisez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Coordonnées professionnelles***

Raison sociale de la structure :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Nom et prénom du titulaire de la structure :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Numéro d’inscription à l’Ordre du titulaire : ∟∟∟∟∟

Numéro d’inscription à l’Ordre de la société (si la société est une SCP ou une SEL) : ∟∟∟∟∟

Numéro de Siret de la société : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Numéro de Siret personnel du masseur-kinésithérapeute : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Numéro de facturation sécurité sociale (ex-Adeli) du masseur-kinésithérapeute : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Numéro de FINESS de la structure : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

N° de voie : ∟∟∟∟∟∟∟ Type de voie : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Nom de voie : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Complément d’adresse :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Code postal : ∟∟∟∟∟∟ Ville : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟ Pays : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Téléphone professionnel : ∟∟/∟∟/∟∟/∟∟/∟∟

Courriel professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de début d’exercice dans la structure : ∟∟/∟∟∟/∟∟∟∟

**ACTIVITE SECONDAIRE**

Mode d’exercice : 🞏 Libéral 🞏 Conventionné

🞏 Non conventionné

🞏 Salarié

Genre d’activité : 🞏 Activité de soins 🞏 Activité non soignante (enseignants, formateurs, inactifs…)

🞏 Remplacement temporaire 🞏 Remplaçant exclusif

Secteur d’activité : 🞏 SEL

🞏 SCP

🞏 SCM

🞏 SPFPL

🞏 SISA

🞏 SEP

🞏 Cabinet individuel

🞏 Cabinet de groupe

🞏 Etablissement FINESS (CHU, cliniques…)

🞏 Autre (société d’intérim…), précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : 🞏 Titulaire 🞏 Assistant-collaborateur 🞏 Collaborateur

🞏 Salarié 🞏 Autre (fonctionnaire…), précisez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Coordonnées professionnelles***

Raison sociale de la structure :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Nom et prénom du titulaire de la structure :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Numéro d’inscription à l’Ordre du titulaire : ∟∟∟∟∟

Numéro d’inscription à l’Ordre de la société (si la société est une SCP ou une SEL) : ∟∟∟∟∟

Numéro de Siret de la société : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Numéro de Siret personnel du masseur-kinésithérapeute : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Numéro ADELI du masseur-kinésithérapeute : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Numéro de FINESS de la structure : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

N° de voie : ∟∟∟∟∟∟∟ Type de voie : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Nom de voie : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Complément d’adresse :

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Code postal : ∟∟∟∟∟∟ Ville : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟ Pays : ∟∟∟∟∟∟∟∟∟

Téléphone professionnel : ∟∟/∟∟/∟∟/∟∟/∟∟

Courriel professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de début d’exercice dans la structure : ∟∟/∟∟∟/∟∟∟∟