



Ordre des  
masseurs-kinésithérapeutes

## Changement d'adresse et/ou de statut Déclaration d'activité

NOM : ..... Prénom : ..... N° ordre : .....

Adresse personnelle: .....

Tél perso : ..... Mail perso : .....

Je déclare mes activités ci-après:

Activité principale	Activité antérieure	Nouvelle activité
Adresse exacte du lieu d'exercice		
Mode d'exercice : (cocher la case correspondant à votre activité)	<input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/> Autre : ..... Tel pro : .....
Nom du(des) titulaire(s) du cabinet		
	Date de fin d'activité	Date de début d'activité
	...../..... /.....	...../..... /.....

Activité secondaire	Activité antérieure	Nouvelle activité
Adresse exacte du lieu d'exercice		
Mode d'exercice : (cocher la case correspondant à votre activité)	<input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/> Autre : .....
Nom du(des) titulaire(s) du cabinet		
	Date de fin d'activité	Date de début d'activité
	...../..... /.....	...../..... /.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées <sup>(1)</sup> ci-dessus.

Fait à : ..... Le : ..... Signature :

Pièce à fournir : une copie du ou des contrats et /ou un justificatif de cabinet.

(1) Article R4321-143 du CSP : « 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.»