

**DOCUMENT  
A RENVoyer AVANT  
LE 14 / 04 / 2014**



## RPPS - Fiche masseur-kinésithérapeute

### Etat civil et coordonnées personnelles

Voir notice explicative page 4

Numéro ordinal	<input type="text"/>		
Nom d'usage	<input type="text"/>		
Nom de naissance	<input type="text"/>		
Prénom d'usage	<input type="text"/>		
Autres prénoms	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/>	Ville de naissance	<input type="text"/>
Pays de naissance	<input type="text"/>		
Nationalité actuelle	<input type="text"/>		
Date d'acquisition de la nationalité française <sup>1</sup>	<input type="text" value=".. / .. / .."/>		

### Adresse personnelle :

N° et nom de voie	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Lieu-dit/Distribution	<input type="text"/>	Portable	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	Localité	<input type="text"/>
Pays	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

### Diplôme et autorisation d'exercice

Voir notice explicative page 4

Diplôme d'Etat français	<input type="text"/>	Date de la session <sup>2</sup>	<input type="text" value=".. / .. / .."/>	Numéro diplôme	<input type="text"/>	
Nom de l'IFMK / Dépt	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Ville d'obtention	<input type="text"/>	
Diplôme étranger de l'U.E.*	<input type="text"/>	Dipôme étranger hors U.E.*	<input type="text"/>	Date d'obtention	<input type="text" value=".. / .. / .."/>	
		Pays d'obtention	<input type="text"/>	Intitulé du diplôme étranger	<input type="text"/>	
Type d'autorisation d'exercice :	Ministère <input type="text"/>	DRJSCS* <input type="text"/>	Numéro d'autorisation	<input type="text"/>	Date d'effet	<input type="text" value=".. / .. / .."/>

### Exercice professionnel

Voir notice explicative page 4

Date de début d'exercice de la profession	<input type="text" value=".. / .. / .."/>	Exercice complémentaire <sup>3</sup>	<input type="text"/>	
Numéro ADELI (9 chiffres)	<input type="text" value=".. / .. / .."/>	N° SIRET personnel <sup>4</sup>	<input type="text" value="..   ..   ..   .."/>	
Collège :	Libéral <input type="text"/>	Libéral exclusif à domicile <input type="text"/>	Salarié <input type="text"/>	Mixte <input type="text"/>
Activité :	En activité <input type="text"/>	Retraité en activité <sup>5</sup> <input type="text"/>	Inactif <sup>6</sup> <input type="text"/>	
Adresse de courrier par défaut : <sup>7</sup>		Professionnelle <input type="text"/>	Personnelle <input type="text"/>	

Suite de la fiche



**Activité 1** <sup>8</sup>

Voir notice explicative page 4

Mode d'exercice : Libéral  Salarié non cadre  Cadre de santé   
 Fonction : Titulaire  Remplaçant  Assistant / Collaborateur libéral  Bénévole

*Vous êtes assistant-collaborateur, précisez ci-dessous le nom du (des) titulaire(s) dont vous êtes l'assistant, au sein de cette structure.*

Secteur d'activité libérale : Cabinet de groupe <sup>9</sup>  Cabinet individuel  SCM \*  SCP \*  SEL(ARL) \*   
 (Titulaire ou assistant /coll.) Autres type de société  (Précisez) \_\_\_\_\_

Pour l'exercice en société ou en cabinet de groupe, indiquez ci-dessous le nom des titulaires associés :

N° SIRET de la structure <sup>10</sup> . . . | . . . | . . . | . . . . .

Secteur d'activité salariée : Nom de l'établissement employeur \_\_\_\_\_  
 N° FINESS de l'établissement (9 chiffres) <sup>11</sup> . . / . / . . . . . / .

Adresse du lieu d'exercice - Activité 1 :

N° et nom de voie \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Lieu-dit/Distribution \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_  
 Pays \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Date début d'activité . . / . . / . . . . .

Date fin d'activité <sup>12</sup> . . / . . / . . . . . Motif fin d'activité <sup>13</sup> \_\_\_\_\_

**Activité 2** <sup>14</sup>

Voir notice explicative page 4

Mode d'exercice : Libéral  Salarié non cadre  Cadre de santé   
 Fonction : Titulaire  Remplaçant  Assistant / Collaborateur libéral  Bénévole

*Vous êtes assistant-collaborateur, précisez ci-dessous le nom du (des) titulaire(s) dont vous êtes l'assistant, au sein de cette structure.*

Secteur d'activité libérale : Cabinet de groupe <sup>9</sup>  Cabinet individuel  SCM \*  SCP \*  SEL(ARL) \*   
 (Titulaire ou assistant /coll.) Autres type de société  (Précisez) \_\_\_\_\_

Pour l'exercice en société ou en cabinet de groupe, indiquez ci-dessous le nom des titulaires associés :

N° SIRET de la structure <sup>10</sup> . . . | . . . | . . . | . . . . .

Secteur d'activité salariée : Nom de l'établissement employeur \_\_\_\_\_  
 N° FINESS de l'établissement (9 chiffres) <sup>11</sup> . . / . / . . . . . / .

Adresse du lieu d'exercice - Activité 1 :

N° et nom de voie \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Lieu-dit/Distribution \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_  
 Pays \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Date début d'activité . . / . . / . . . . .

Date fin d'activité <sup>12</sup> . . / . . / . . . . . Motif fin d'activité <sup>13</sup> \_\_\_\_\_

Suite de la fiche 

**Activité 3** 15

Voir notice explicative page 4

Mode d'exercice : Libéral  Salarié non cadre  Cadre de santé   
 Fonction : Titulaire  Remplaçant  Assistant / Collaborateur libéral  Bénévole   
 Vous êtes assistant-collaborateur, précisez ci-dessous le nom du (des) titulaire(s) dont vous êtes l'assistant, au sein de cette structure.  
 \_\_\_\_\_  
 Secteur d'activité libérale : Cabinet de groupe <sup>9</sup>  Cabinet individuel  SCM \*  SCP \*  SEL(ARL) \*   
 (Titulaire ou assistant /coll.) Autres type de société  (Précisez) \_\_\_\_\_  
 Pour l'exercice en société ou en cabinet de groupe, indiquez ci-dessous le nom des titulaires associés :  
 \_\_\_\_\_  
 N° SIRET de la structure <sup>10</sup> . . . | . . . | . . . | . . . . .  
 Secteur d'activité salariée : Nom de l'établissement employeur \_\_\_\_\_  
 N° FINESS de l'établissement (9 chiffres) <sup>11</sup> . . / . . / . . . . . / . .  
 Adresse du lieu d'exercice - Activité 1 :  
 N° et nom de voie \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Lieu-dit/Distribution \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_  
 Pays \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Date début d'activité . . / . . / . . . . .  
 Date fin d'activité <sup>12</sup> . . / . . / . . . . . Motif fin d'activité <sup>13</sup> \_\_\_\_\_

**Activité 4** 16

Voir notice explicative page 4

Mode d'exercice : Libéral  Salarié non cadre  Cadre de santé   
 Fonction : Titulaire  Remplaçant  Assistant / Collaborateur libéral  Bénévole   
 Vous êtes assistant-collaborateur, précisez ci-dessous le nom du (des) titulaire(s) dont vous êtes l'assistant, au sein de cette structure.  
 \_\_\_\_\_  
 Secteur d'activité libérale : Cabinet de groupe <sup>9</sup>  Cabinet individuel  SCM \*  SCP \*  SEL(ARL) \*   
 (Titulaire ou assistant /coll.) Autres type de société  (Précisez) \_\_\_\_\_  
 Pour l'exercice en société ou en cabinet de groupe, indiquez ci-dessous le nom des titulaires associés :  
 \_\_\_\_\_  
 N° SIRET de la structure <sup>10</sup> . . . | . . . | . . . | . . . . .  
 Secteur d'activité salariée : Nom de l'établissement employeur \_\_\_\_\_  
 N° FINESS de l'établissement (9 chiffres) <sup>11</sup> . . / . . / . . . . . / . .  
 Adresse du lieu d'exercice - Activité 1 :  
 N° et nom de voie \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Lieu-dit/Distribution \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_  
 Pays \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Date début d'activité . . / . . / . . . . .  
 Date fin d'activité <sup>12</sup> . . / . . / . . . . . Motif fin d'activité <sup>13</sup> \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

- 1 Ne concerne que les personnes ayant acquis la nationalité française après leur naissance.
- 2 Il s'agit de la date de la session du D.E. (*en général juin ou septembre*) et non pas la date de délivrance du diplôme ou la date d'enregistrement du diplôme.
- 3 Exercice complémentaire : l'ostéopathie constitue à ce jour la seule spécificité d'exercice reconnue. Cette spécificité doit être validée :
  - soit par l'attestation d'inscription au répertoire ADEL délivrée par l'ARS \*, mentionnant « Titulaire de l'autorisation à user du titre d'Ostéopathe,
  - soit par l'attestation de la DRJSCS \* (anciennement DRASS \*), mentionnant « Titulaire de l'autorisation à user du titre d'Ostéopathe,
- 4 Le numéro SIRET personnel est composé de 14 chiffres. Il est indiqué sur les avis de cotisations URSSAF et peut être retrouvé sur le site des Greffes des Tribunaux de commerce <http://www.infogreffe.fr>  
Il ne doit pas être confondu avec le numéro SIRET de la structure, si vous exercez au sein d'une société.
- 5 Vous êtes retraité et avez fait valoir vos droits auprès de votre caisse de retraite mais vous continuez à exercer votre profession (*Exercice libéral ou salarié*).
- 6 Vous n'exercez pas actuellement : vous devez joindre à votre fiche RPPS les justificatifs de cet arrêt de travail s'il excède un an (*Contactez le secrétariat du Conseil départemental pour plus de précisions*)
- 7 Attention : l'adresse de courrier par défaut et le libellé de la boîte aux lettres correspondante doivent être identiques, pour éviter tout problème de distribution du pli contenant la CPS.
- 8 Il s'agit de votre activité principale, libérale ou salariée (*Y compris si l'activité est exercée en clinique ou en EHPAD*).
- 9 Il s'agit d'un cabinet regroupant plusieurs titulaires.
- 10 Il s'agit du numéro SIRET de la structure hébergeant votre activité principale ; il ne doit pas être confondu avec votre numéro SIRET personnel.
- 11 Le numéro FINESS de l'établissement est indiqué sur les fiches de salaires ou les prescriptions des praticiens de l'établissement. Il peut être retrouvé sur le site <http://finess.sante.gouv.fr>
- 12 Renseigner la date de fin d'activité si elle est connue, par exemple dans le cadre d'un remplacement, d'un contrat à durée déterminée ou de l'un des motifs ci-dessous.
- 13 Motifs de fin d'activité : départ à la retraite, changement de profession ou d'activité ou de lieu de d'exercice, départ à l'étranger.
- 14 Ce cadre décrit une activité secondaire que vous exercez en même temps que votre activité principale (*Exemple : activité principale en tant que titulaire de votre cabinet **et** activité secondaire en tant qu'assistant dans un autre cabinet, ou activité exercée en clinique ou en EHPAD*)
- 15 Ce cadre décrit une deuxième activité secondaire que vous exercez en même temps que votre activité principale et votre première activité secondaire (*Y compris si l'activité est exercée en clinique ou en EHPAD*).
- 16 Ce cadre décrit une troisième activité secondaire que vous exercez en même temps que votre activité principale et vos deux premières activités secondaires (*Y compris si l'activité est exercée en clinique ou en EHPAD*).

\* Glossaire :

- ARS : Agence régionale de santé
- DRASS : Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
- DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- SCM : Société civile de moyens
- SCP : Société civile professionnelle
- SEL(ARL) : Société d'exercice libérale (à responsabilité limitée)
- U.E. : Union Européenne