



**FORMULAIRE DE DECLARATION PREALABLE DE REMPLACEMENT  
A ENVOYER AU CONSEIL DEPARTEMENTAL D'INSCRIPTION  
PAR LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE REMPLACE**

Conformément à l'article R. 4321-107 du code de la santé publique, « [...] *Le masseur-kinésithérapeute qui se fait remplacer doit en informer préalablement le conseil départemental de l'ordre dont il relève en indiquant les noms et qualité du remplaçant, les dates et la durée du remplacement. [...] »*

|           | NOM | PRENOM | NUMERO ORDINAL |
|-----------|-----|--------|----------------|
| REPLACE   |     |        |                |
| REPLACANT |     |        |                |

| DATES DU REMPLACEMENT | DUREE TEMPORAIRE DU REMPLACEMENT |
|-----------------------|----------------------------------|
| Du.....au.....        |                                  |

Les parties communiqueront ensuite le contrat de remplacement au conseil départemental dont elles dépendent.

Fait le :

A :

Signature du kinésithérapeute remplacé