ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

DECLARATIONS DES CONSEILLERS TITULAIRES ELUS
AU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU RHÔNE
Mise à Jour le 2 août 2023

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL

I. LA NATURE DU CONFLIT D'INTERETS

1- Indépendance et impartialité

L'indépendance et l'impartialité constituent des principes fondamentaux qui s'imposent de façon générale à l'action de toute personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public.

Comme les autres ordres professionnels, l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, instauré par la loi du 9 août 2004, est chargé d'une mission de service public, à la fois administrative et juridictionnelle.

Les risques objectifs de manque d'indépendance ou d'impartialité apparaissent lorsque l'élu ordinal est directement ou indirectement « intéressé » par l'orientation de la délibération en cause, c'est-à-dire lorsque cette délibération peut avoir pour effet de lui procurer un avantage personnel direct ou indirect.

Ces risques peuvent également résulter d'autres situations objectives de nature à faire naître des doutes sur les garanties d'indépendance et d'impartialité.

2- Moralité et probité

L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes veille au maintien des principes de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie et à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4321-21.

3- Notion d'intérêt

L'intérêt peut être personnel ou bénéficier à la famille de l'intéressé, à ses proches, aux personnes ou organisations avec lesquelles elle entretient ou a entretenu des relations d'affaires ou professionnelles significatives ou avec lesquelles elle est directement liée par des participations ou des obligations financières ou civiles.

Le conflit d'intérêts peut être défini comme étant « *le fait, pour toute personne, de détenir des informations, de s'acquitter de ses fonctions ou de ses responsabilités, dans un sens qui pourrait, en dehors de ces fonctions ou responsabilités, l'avantager ou avantager l'un de ses proches ou l'une de ses relations, sur un plan moral, professionnel ou économique* ».

La notion de conflit d'intérêt s'entend aussi de toute décision prise ou votée par un élu ordinal générant un intérêt personnel pour lui.

Ainsi entendu, le conflit d'intérêts englobe le délit spécifique de prise illégale d'intérêts, qui est une manifestation particulière du premier :

Le délit de prise illégale d'intérêts, est défini par l'article 432-12 du Code pénal : « *le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ou par une personne investie d'un mandat électif public, de prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt quelconque dans une entreprise ou dans une opération dont elle a, au moment de l'acte, en tout ou partie, la charge d'assurer la surveillance, l'administration, la liquidation ou le paiement, est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende* ».

II. LES PRINCIPES DE LA PREVENTION DES CONFLITS D'INTERETS

L'ordre est le garant du maintien des principes de moralité et de probité. L'évitement du conflit d'intérêts permet de mieux garantir l'impartialité et la probité du conseiller ordinal, titulaire d'une mission de service public.

Chaque ordre professionnel (avocats, médecins, architectes…) connaît des dispositions déontologiques qui permettent de limiter les risques de conflit d'intérêts – sans toutefois les empêcher totalement (par exemple la collusion entre certains experts de l'Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé et les laboratoires pharmaceutiques).

Ainsi, pour le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes :
- l'article R. 4321-75 du code de la santé publique interdit à un masseur-kinésithérapeute qui remplit un mandat électif d'en user pour accroître sa clientèle,
- l'article R 4321-137 du code de la santé publique empêche le masseur-kinésithérapeute qui exerce dans un service privé ou public de soins ou de prévention d'user de sa fonction pour accroître sa clientèle,
- ou encore l'article R4321-138 du code de la santé publique interdit d'accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.

De même, le règlement intérieur du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes indique : 11- Droits et devoirs des conseillers
« Le conseiller ordinal ne doit pas user de son mandat pour en tirer indûment avantage dans son exercice professionnel ou dans ses relations avec ses confrères. »

Et, concernant les chambres disciplinaires, l'article R. 4126-23 du code de la santé publique prévoit que le membre de la juridiction qui suppose en sa personne une cause de récusation ou estime en conscience devoir s'abstenir se fait remplacer par un autre membre que désigne le président de la juridiction.

Néanmoins, il semble nécessaire en la matière d'aller plus loin et d'apporter des améliorations par rapport à la situation de conseiller ordinal. C'est le but de la Déclaration d'Intérêts (DI).

La déclaration d'intérêts est une déclaration sur l'honneur des liens directs ou indirects avec toute entreprise ou organisme intervenant dans le champ des missions de l'ordre. Cette déclaration engage la responsabilité du déclarant qui doit s'assurer qu'elle est sincère et exhaustive.

Toutefois, la déclaration d'intérêts, outil de transparence participant directement à la qualité du mandat ordinal, ne doit constituer en aucune façon une forme de discrimination ou de stigmatisation.

La déclaration d'intérêts est souscrite au début de mandat ordinal et court pour la durée de ce mandat.

La déclaration d'intérêts revêt un caractère obligatoire. Elle est rendue publique.
Toutefois, pour des raisons de protection de la vie privée, la partie relative aux parents et proches n'est pas consultable en intégralité. Seule est disponible l'information que le déclarant a un parent ou proche ayant un lien avec une ou plusieurs entreprises dont le nom est cité.

III. LA DECLARATION D'INTERETS

Nom :

Prénoms :

1- Activités professionnelles :

1-1 *masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral
  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  - Dans une autre structure (préciser)
  - Temps partiel ou temps plein
- Exercice salarié
  - En établissement (préciser)
  - Dans une autre structure (préciser)
  - Temps partiel ou temps plein
- Autre type d'exercice (préciser)
- Retraité
  - Activités conservées (préciser)

1-2 *Autre(s) activité(s) professionnelle(s)*

Préciser

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)

3- Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats, et le nom de la ou des organisations

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

Préciser la nature et de la durée de la ou des fonctions, et le nom de la ou des structures ou associations

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

Préciser la nature de l'intéressement pour chaque société

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

Préciser l'identité du parent ou du proche, et la nature de l'intéressement pour chaque société

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

Préciser

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à

Le

Lu et approuvé

Signature

IV. LE CHOIX DE LA TRANSPARENCE

En cas de risque de conflit d'intérêt, pour toute décision du CDOMK69 nécessitant un vote, le conseiller concerné n'y prend pas part (Cf. I.3).

Les originaux des déclarations manuscrites, renseignées, datées et signées par chaque élu, sont disponibles au siège du CDOMK69.

V. LES DECLARATIONS D'INTERETS DES CONSEILLERS TITULAIRES ELUS AU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU RHÔNE

LISTE NOMINATIVE DES CONSEILLERS TITULAIRES CONCERNES

BOIRON Jean
CHAPOTTON Yann
CLERC Margaux
CONDEMINE Chloé
DEVULDER Sylvie
GARCIN Yvette
JACQUEMIN-MARTIN Maud
JACQUEMIN Vincent
LAGADEC Vincent
PALANDRE Stéphanie
PAQUIER Didier
PARMENTIER Hélène
POMMEROL Pascal
QUESADA Charles
SAIGNOL Camille
VINCELOT Christophe

CONSEILLER / NOM et PRENOM : BOIRON Jean

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

**DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET
LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT
DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL**

NOM : BOIRON

PRENOMS : Jean / Vincent / François

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral

  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  AVEC UN COLLABORATEUR

  - Dans une autre structure (préciser)
  EHPAD de BESSENAY (69690) et SAINT-GERMAIN sur L'ARBRESLE (69210)

  - Temps partiel ou temps plein
  TEMPS PLEIN

- ~~Exercice salarié~~

  - En établissement (préciser)

  - Dans une autre structure (préciser)

  - Temps partiel ou temps plein

- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*

INTERVENANT AU SEIN DE PALP FORMATION – 69006 LYON

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE JUSQU'EN 2029

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

NON

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

AUCUNE

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 27 JUIN 2023

Lu et approuvé
Jean BOIRON

CONSEILLER / NOM et PRENOM : CHAPOTTON Yann

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL

NOM : CHAPOTTON

PRENOMS : Yann

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral

  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  AVEC TROIS CONSOEURS ET CONFRERES

  - Dans une autre structure (préciser)

- ~~Exercice salarié~~

  - En établissement (préciser)

  - Dans une autre structure (préciser)

  - Temps partiel ou temps plein

- Autre type d'exercice (préciser)
  OSTEOPATHE

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*

NON

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE JUSQU'EN 2029

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

VICE-PRESIDENT FFMKR69

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

CA TENNIS SMT

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 30 JUIN 2023

Lu et approuvé
Yann CHAPOTTON

CONSEILLER / NOM et PRENOM : CLERC Margaux

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

**DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET
LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT
DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL**

NOM : CLERC

PRENOMS : Margaux / Marie / Sophie

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral

  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  AVEC SEPT CONSOEURS ET CONFRERES

  - Dans une autre structure (préciser)
  NON

- ~~Exercice salarié~~

  - En établissement (préciser)

  - Dans une autre structure (préciser)

  - Temps partiel ou temps plein

- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*
NON

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE JUSQU'EN 2026

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

AUCUNE

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

AUCUNE

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussignée, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 27 JUIN 2023

Lu et approuvé
Margaux CLERC

CONSEILLER / NOM et PRENOM : CONDEMINE Chloé

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

**DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET
LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT
DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL**

NOM : CONDEMINE

PRENOMS : Chloé

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral

  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  AVEC DEUX ASSOCIEES

  - Dans une autre structure (préciser)
  NON

- ~~Exercice salarié~~

  - En établissement (préciser)

  - Dans une autre structure (préciser)

  - Temps partiel ou temps plein

- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*
FORMATRICE AU SEIN DE PAPL FORMATION
ENSEIGNANTE A L'ISTR DE LYON

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE JUSQU'EN 2026

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

NON

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

AUCUNE

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussignée, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 27 JUIN 2023

Lu et approuvé
Chloé CONDEMINE

CONSEILLER / NOM et PRENOM : DEVULDER Sylvie

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

**DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET
LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT
DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL**

NOM : DEVULDER

PRENOMS : Sylvie / Estelle / Madeleine

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral

  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  AVEC TROIS COLLABORATEURS

  - Dans une autre structure (préciser)
  NON

  - Temps partiel ou temps plein
  TEMPS PLEIN

- ~~Exercice salarié~~

  - En établissement (préciser)

  - Dans une autre structure (préciser)

  - Temps partiel ou temps plein

- Autre type d'exercice (préciser)
  OSTEOPATHE

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*
FORMATRICE ISTM

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE JUSQU'EN 2029
SECRETAIRE GENERALE DEPUIS DECEMBRE 2019

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

CONSEILLERE DE LA FFMKR69

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

AUCUNE

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussignée, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 27 JUIN 2023

Lu et approuvé
Sylvie DEVULDER

CONSEILLER / NOM et PRENOM : GARCIN Yvette

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL

III. LA DECLARATION D'INTERETS

NOM : GARCIN

PRENOMS : YVETTE

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

~~-1-.1 Exercice libéral~~

- En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)

- Dans une autre structure (préciser)

- Temps partiel ou temps plein

- ~~Exercice salarié~~

- En établissement (préciser)

- Dans une autre structure (préciser)

- Temps partiel ou temps plein

- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- Retraitée

  - Activités conservées (préciser)
    aucune

1~~-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*~~

Préciser

2- Mandats ordinaux

~~2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)~~

~~2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)~~

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
Conseillère titulaire élue en 2020 et jusqu'en 2026

~~2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)~~

~~2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)~~

~~2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)~~

~~2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)~~

3- Autres fonctions électives

Membre du C.A. de la FFMKRO 69

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

Aucune

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

Aucun

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussignée, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à TASSIN LA DEMI LUNE
Le 25 JUILLET 2023

Lu et approuvé
Yvette GARCIN

CONSEILLER / NOM et PRENOM : JACQUEMIN-MARTIN Maud

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL

NOM : JACQUEMIN - MARTIN

PRENOMS : Maud

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral

  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  ASSOCIEE AVEC TROIS CONSOEURS ET CONFRERES

  - Dans une autre structure (préciser)
  HOPITAL LOCAL DE BELLEVILLE

  - Temps partiel ou temps plein
  TEMPS PLEIN

- ~~Exercice salarié~~

  - En établissement (préciser)

  - Dans une autre structure (préciser)

  - Temps partiel ou temps plein

- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE ELUE EN 2017 PUIS EN 2020 ELUE POUR 6 ANS
SECRETAIRE GENERALE ADJOINTE

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE DEPUIS 2017 ET REELUE EN 2023 POUR 6 ANS

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

NON

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

NON

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussignée, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 27 JUIN 2023

Lu et approuvé
Maud JACQUEMIN - MARTIN

CONSEILLER / NOM et PRENOM : JACQUEMIN Vincent

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL

NOM : JACQUEMIN

PRENOMS : Vincent

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- ~~Exercice libéral~~
  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  - Dans une autre structure (préciser)
  - Temps partiel ou temps plein
- ~~Exercice salarié~~
  - En établissement (préciser)
  - Dans une autre structure (préciser)
  - Temps partiel ou temps plein
- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- Retraité

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*

- FORMATEUR PROFESSIONNEL A PAPL FORMATION
- FORMATEUR A L'IFMK SAINT-MICHEL DE SAINT-ETIENNE
- FORMATEUR A L'INK DE PARIS
- FORMATEUR A HABILIS A NANTES
- FORMATEUR AU CEFIPS DE TOULOUSE

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
CONSEILLER ORDINAL TITULAIRE DEPUIS 2014
PRESIDENT DU CDOMK69 DEPUIS 2017
CONSEILLER ORDINAL TITULAIRE 2020/2026, REELU PRESIDENT EN 2020 ET EN 2023

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

MEMBRE DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DE PAPL FORMATION

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

SECRETAIRE GENERAL ADJOINT DE LA CLASSE 74 A VILLEFRANCHE SUR SAÔNE

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à COGNY
Le 27 JUIN 2023

Lu et approuvé
Vincent JACQUEMIN

CONSEILLER / NOM et PRENOM : LAGADEC Vincent

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

**DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET
LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT
DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL**

NOM : LAGADEC

PRENOMS : Vincent

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral

  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  AVEC CINQ CONSOEURS ET CONFRERES

  - Dans une autre structure (préciser)
  NON

  - Temps partiel ou temps plein
  TEMPS PARTIEL

- Exercice salarié

  - En établissement (préciser)
  HCL - HÔPITAL LYON SUD – SERVICE ORL BAT. 3A
  HCL - HÔPITAL NEUROLOGIQUE – SERVICE NEURO-OPHTALMOLOGIE

  - Dans une autre structure (préciser)
  NON

  - Temps partiel ou temps plein
  TEMPS PARTIEL : 2 x 10%

- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE ELU JUSQU'EN 2029

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

AUCUNE

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

AUCUNE

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

ADHERENT A LA SOCIETE FRANCAISE DE KINESITHERAPIE VESTIBULAIRE (SFKV)

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 27 JUIN 2023

Lu et approuvé
Vincent LAGADEC

CONSEILLER / NOM et PRENOM : PALANDRE Stéphanie

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL

NOM : PALANDRE

PRENOMS : Stéphanie

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral

  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  ASSOCIEE AVEC HUIT CONSOEURS ET CONFRERES
  CABINET AVEC SIX COLLABORATEURS

  - Dans une autre structure (préciser)

- ~~Exercice salarié~~

  - En établissement (préciser)

  - Dans une autre structure (préciser)

  - Temps partiel ou temps plein

- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE ELUE EN 2020 JUSQU'EN 2026

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

AUCUNE

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

CA FFMKR69

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussignée, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 27 JUIN 2023

Lu et approuvé
Stéphanie PALANDRE

CONSEILLER / NOM et PRENOM : PAQUIER Didier

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL

NOM : PAQUIER

PRENOMS : Didier

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- ~~Exercice libéral~~
  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  - Dans une autre structure (préciser)
  - Temps partiel ou temps plein
- ~~Exercice salarié~~
  - En établissement (préciser)
  - Dans une autre structure (préciser)
  - Temps partiel ou temps plein
- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- Retraité

  - Activités conservées (préciser)

AUCUNE

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*
AUCUNE

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE ELU EN 2020 ET JUSQU'EN 2026

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

MEMBRE DU CA DE FFMKR MKO 69

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

AUCUNE

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

MEMBRE DE LA COMMISSION DES IMPÔTS

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à SAINT-GENIS LAVAL
Le 27 JUIN 2023

Lu et approuvé
Didier PAQUIER

CONSEILLER / NOM et PRENOM : PARMENTIER Hélène

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

**DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET
LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT
DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL**

NOM : PARMENTIER

PRENOMS : Hélène

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- ~~Exercice libéral~~
  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  - Dans une autre structure (préciser)
  - Temps partiel ou temps plein
- ~~Exercice salarié~~
  - En établissement (préciser)
  - Dans une autre structure (préciser)
  - Temps partiel ou temps plein
- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- Retraitée

  - Activités conservées :
    - Activité associative Société Française de Rééducation de la Main SFRM GEMMSOR - Membre du CA
    - Activité associative Société Française de Physiothérapie - Membre du CA et bureau
    - Editeur associé à la revue Hand Surgery and rehabilitation (Elsevier)
    - Activité rémunérée ponctuelle direction de mémoire et évaluation des étudiants à IFMK-DV et IFMK Saint-Michel de Saint-Etienne

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
2014-2017 conseiller ordinal départemental
2017-2020 vice-présidente départemental
2021-2023 conseiller ordinal départemental
2023- conseiller ordinal départemental

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

NON

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

- Société Française de Rééducation de la Main
  Membre du CA depuis des temps immémoriaux
- Société Française de Physiothérapie
  Membre du CA depuis 2015
  Membre du bureau depuis 2021 fonction Trésorière

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussignée, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 07 JUILLET 2023

Lu et approuvé
Hélène PARMENTIER

CONSEILLER / NOM et PRENOM : POMMEROL Pascal

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

**DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET
LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT
DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL**

NOM : POMMEROL

PRENOMS : Pascal

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral

  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  SANS ASSOCIES

  - Dans une autre structure (préciser)
  FORMATEUR INDIVIDUEL POUR CEFIPS, INK, HABILIS

- Exercice salarié

  - En établissement (préciser)
  PAPL FORMATION

  - Dans une autre structure (préciser)
  REVUE "KINESITHERAPIE SCIENTIFIQUE"

  - Temps partiel ou temps plein
  TEMPS PLEIN

- Autre type d'exercice (préciser)

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
Depuis 2014 conseiller puis vice-président de 2017 à 2023 puis conseiller depuis juin 2023

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

AUCUNE

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

Secrétaire de PLPformation

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 27 JUIN 2023

Lu et approuvé
Pascal POMMEROL

CONSEILLER / NOM et PRENOM : QUESADA Charles

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL

NOM : QUESADA

PRENOMS : Charles

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- ~~Exercice libéral~~
  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  - Dans une autre structure (préciser)
  - Temps partiel ou temps plein

- Exercice salarié
  - En établissement (préciser)
    UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON-1
  - Dans une autre structure (préciser)
    AUCUN
  - Temps partiel ou temps plein
    TEMPS PLEIN

- Autre type d'exercice (préciser)
  FORMATION

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*
AUCUNE

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
En collège salarié jusqu'en 2026, Vice-président du CDO

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

Membre du conseil d'administration, collège A, de la composante universitaire ISTR à l'université Claude Bernard Lyon-1

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

AUCUNE

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 29 JUIN 2023

Lu et approuvé
Charles QUESADA

CONSEILLER / NOM et PRENOM : SAIGNOL Camille

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL

NOM : SAIGNOL

PRENOMS : Camille

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral

  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  COLLABORATRICE DANS UN CABINET DE 3 MKDE

  - Dans une autre structure (préciser)

  - Temps partiel ou temps plein
  TEMPS PLEIN

- ~~Exercice salarié~~

  - En établissement (préciser)

  - Dans une autre structure (préciser)

  - Temps partiel ou temps plein

- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*

OSTEOPATHE

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE ELUE JUSQU'EN 2029

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

AUCUNE

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

Membre du comité d'administration de l'association l'Orchidée depuis 2018, secrétaire administrative bénévole depuis mars 2023

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussignée, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 29 JUIN 2023

Lu et approuvé
Camille SAIGNOL

CONSEILLER / NOM et PRENOM : VINCELOT Christophe

ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS AYANT POUR OBJET LA PREVENTION DES CONFLITS DANS L'ACCOMPLISSEMENT DU MANDAT DE CONSEILLER ORDINAL

NOM : VINCELOT

PRENOMS : Christophe

1- Activités professionnelles :

1-1 *Masseur-kinésithérapeute*

- Exercice libéral

  - En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)
  AVEC DEUX COLLABORATEURS

  - Dans une autre structure (préciser)

  - Temps partiel ou temps plein

- ~~Exercice salarié~~

  - En établissement (préciser)

  - Dans une autre structure (préciser)

  - Temps partiel ou temps plein

- ~~Autre type d'exercice (préciser)~~

- ~~Retraité~~

  - Activités conservées (préciser)

1-2 Autre*(s) activité(s) professionnelle(s)*

2- Mandats ordinaux

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
NON

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
TITULAIRE DEPUIS 2014, REELU A COMPTER DE 2020 ET JUSQU'EN 2026
ELU TRESORIER EN 2020, POUR 3 ANS
ELU TRESORIER-ADJOINT EN 2023, POUR 3 ANS

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)
NON

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)
NON

3- Autres fonctions électives

AUCUN

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

AUCUNE

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

AUCUN

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

AUCUN

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à LYON
Le 27 JUIN 2023

Lu et approuvé
Christophe VINCELOT