



PIECE n°2

**AUTORISATION DONNEE AU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU GARD DE  
L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES**

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ à : .....

Pays de naissance : .....

Numéro de carte d'identité : .....

Filiation **(uniquement pour une personne née hors de France)**

Nom du père : .....

Prénom du père : .....

Nom de jeune de fille de la mère : .....

Prénom de la mère : .....

consent par le présent écrit à ce que le CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES DU GARD interroge le casier judiciaire national français aux fins d'obtenir les informations du bulletin n°2 du casier judiciaire ou de l'équivalent du bulletin n°2 du casier judiciaire de mon pays d'origine ou de provenance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature

*(parfaitement comparable à la signature de la pièce d'identité produite)*