

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Administration générale de l'Enseignement (AGE)

Direction générale de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement tout au long de la vie et de la Recherche scientifique (DGESVR)

Direction de l'Agrément des Prestataires de Soins de Santé

Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles

agreementsante@cfwb.be

Les demandes introduites par email ne sont pas acceptées

Cependant, vous pouvez les introduire via le formulaire électronique¹

Formulaire de demande d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière pour les infirmiers

À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR (en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Veuillez compléter un formulaire par titre professionnel particulier demandé ou qualification professionnelle particulière demandée

Je demande un agrément pour le titre professionnel particulier suivant :

.....

Je demande un agrément pour la qualification professionnelle particulière :

.....

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

(*) Remplir obligatoirement

(*) Nom ² :							
(*) Prénoms :							
(*) Adresse :				(*) N° :		Bte :	
(*) Code postal :		(*) Commune :					
Pays :							
Téléphone :				(*) E-mail :			
Fax :				GSM :			
(*) Sexe :		M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	(*) Nationalité :	
						(*) Langue :	
(*) Pays et lieu de naissance :						(*) Date de naissance : __/__/____ _	
(*) Numéro de registre national : - - - - -				N° BIS ³ :		- - - - -	

Joindre une copie de votre carte d'identité recto/verso en cours de validité

¹ www.enseignement.be - de A à Z - agrément des professionnels de la santé - métiers de la santé – infirmiers spécialisés

² Uniquement le nom qui figure sur votre carte d'identité.

³ Les personnes qui bénéficient de droits en matière de sécurité sociale et qui ne sont pas inscrites dans le Registre national (en général des personnes non-belges) peuvent obtenir un numéro bis géré par le registre de la Banque Carrefour de la sécurité sociale. Il est attribué à la demande d'une commune ou d'un CPAS. Le numéro bis est structuré de la même manière que le numéro national.

2. FORMATION DE BASE SUIVIE		
TYPE	Date du diplôme	N° Visa commission médicale
Infirmier breveté		
Diplôme d'infirmier gradué / Bachelier en soins infirmiers / Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux		
Diplôme étranger assimilé et reconnu par les autorités compétentes	Date de(s) reconnaissance(s) et/ou d'équivalence /..../	
Autres (précisez) :		

3. NOM DE L'INSTITUTION OÙ VOUS AVEZ SUIVI LA FORMATION DE BASE							
Nom :							
Adresse :				N° :		Bte :	
Code postal :		Commune :					
Pays :							
Téléphone :			Fax :				
Joindre les pièces justificatives (copie du diplôme ou du brevet)							

Prénom : Nom :

4. FORMATION COMPLÉMENTAIRE OU SPÉCIALISATION

DÉNOMINATION DE LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE OU SPÉCIALISATION SUIVIE

.....
FORMATION SUIVIE du/...../..... au/...../.....

NOMBRE TOTAL D'HEURES DE LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE OU SPÉCIALISATION SUIVIE

(Théorie et pratique) :

HEURES :		CREDITS ECTS :	
-----------------	--	---------------------------	--

NOM DE L'INSTITUTION OÙ VOUS AVEZ SUIVI CETTE FORMATION :

Nom :					
Adresse :				N° :	Boîte :
Code postal :		Commune :			
Pays :					
Téléphone :			Fax :		

Joindre les pièces justificatives (copie du diplôme ou du brevet) et le programme des cours
(partie théorique et pratique)

Veillez joindre les pièces nécessaires :

- copie du diplôme de base infirmier ;
- copie de l'attestation de réussite ou du diplôme de la formation complémentaire ou spécialisation ainsi que le programme des cours (partie théorique et pratique) ;
- une copie de votre carte d'identité recto/verso en cours de validité

Prénom : Nom :

ATTENTION :

Les documents originaux fournis dans le cadre de cette demande ne seront pas restitués. Par conséquent, veuillez envoyer des copies sauf lorsqu'il est explicitement mentionné que l'original doit être communiqué.

Si nécessaire, nous nous réservons le droit de vous demander des documents et informations supplémentaires.

Veuillez renvoyer le présent formulaire et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

AGE-DGESVR
Direction de l'Agrément des Prestataires de Soins de Santé
Cellule 'Professions des soins de Santé non-universitaires et Professions des soins de santé mentale'
Commission d'agrément pour les praticiens de l'art infirmier
Rue Adolphe Lavallée 1-1080 Bruxelles

Nom, prénom : _____

Je déclare que les informations contenues dans le présent formulaire sont exactes.

Date : _____

Signature : _____