

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Administration générale de l'Enseignement (AGE)  
 Direction générale de l'Enseignement non obligatoire  
 et de la Recherche scientifique (DGENORS)  
**Direction de l'agrément des prestataires de soins de santé**  
**Commission d'agrément pour les Sages-Femmes**  
 Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles  
 Centre de Contact : 02/524.97.97 – [agreementsante@cfwb.be](mailto:agreementsante@cfwb.be)

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENREGISTREMENT  
 D'UNE FORMATION PERMANENTE AUPRÈS  
 DE LA COMMISSION D'AGRÉMENT POUR LES SAGES-FEMMES**

**A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR (en caractères d'imprimerie s.v.p.)**

(\* ) À remplir obligatoirement

(*) 1. IDENTIFICATION DE L'ORGANISATION				
(*) Nom de l'organisation:				
(*) Adresse de l'organisation:		(*) N°:		Bte:
(*) Code postal:		(*) Commune:		
Pays:				
(*) Nom du responsable:				
(*) Adresse du responsable :				
(*) Code postal:		(*) Commune:		
Pays:				
Téléphone :		GSM :		
E-mail :		Fax :		

Nom et date de la formation permanente: .....

Organisation : .....

**(\*) 2. FORMATION PERMANENTE**

(*) DATE DE LA DEMANDE :		(*) DATE DE LA FORMATION PERMANENTE :	
(*) LOCALISATION DE LA FORM. PERMANENTE:			
(*) TITRE DE LA FORMATION PERMANENTE :			
(*) DEMANDE D'HEURES PHYSIOLOGIE (A):		(*) DEMANDE D'HEURES RÉANIMATION (B):	
(*) DEMANDE D'HEURES AUTRES (C):		(*) DEMANDE D'HEURES TOTAL:	

NB: Veuillez joindre le programme et la liste de présentation de la formation permanente

Le présent formulaire et les pièces justificatives sont à renvoyer à l'adresse suivante :

**MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES**

Administration générale de l'Enseignement (AGE)

Direction générale de l'Enseignement non obligatoire

et de la Recherche scientifique (DGENORS)

**Direction de l'agrément des prestataires de soins de santé****Commission d'agrément pour les Sages-Femmes**

Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles

Prénom + nom : \_\_\_\_\_

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

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Nom et date de la formation permanente: .....

Organisation : .....