

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
Groupe de Travail « Agrément des assistants pharmaceutico-techniques »

Rue Adolphe Lavallée, 1 - 1080 Bruxelles

agreementsante@cfwb.be

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGRÉMENT

EN TANT QU'ASSISTANT PHARMACEUTICO-TECHNIQUE

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

Veuillez cocher ce qui convient

	1. DIPLÔME :
☐	<u>Agrément :</u> Vous êtes en possession d'un diplôme sanctionnant une formation de l'enseignement secondaire supérieur et dont le programme d'études répond aux critères de formation mentionnés dans l'article 3 de l'arrêté royal du 5 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'assistant pharmaceutico-technique et portant fixation de la liste des actes dont celui-ci peut être chargé par un pharmacien.
☐	<u>Dérogation :</u> Vous ne possédez pas de diplôme mais en date du 01/09/2010, vous avez exécuté pendant au moins 3 ans les actes qui appartiennent à la profession d'assistant pharmaceutico-technique.
	2. PREUVE STAGE :
☐	Fournie par un établissement scolaire
	3. EMPLOYEUR :
☐	Pharmacie ouvert pour public
☐	Pharmacie hospitalière
☐	Autre(s)

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGRÉMENT

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Prénom :	
Nom :	
N° registre national :	
N° BIS : (pour non-Belges)	
Nationalité :	
Langue :	
Sexe : (F/M)	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Pays de naissance :	
Adresse :	
N° :	
Boîte :	
Code postal :	
Commune :	
Pays :	
Téléphone :	
GSM :	
Fax :	
E-mail :	

FORMATION	
ÉCOLE / DIPLÔME	DATE du diplôme

STAGE	
LIEU du stage	PÉRIODE du stage

EMPLOYEUR	
LIEU de travail	PÉRIODE de travail

Veillez joindre les pièces nécessaires :

- copie du diplôme ou une attestation provisoire pour les nouveaux diplômés
- preuve de stage (facultatif – Si nécessaire, l'administration se réserve le droit de vous la réclamer ultérieurement)
- carte d'identité (recto verso)

Pour la demande de dérogation, veuillez joindre les attestations de travail, signées par un pharmacien et détaillant la liste des actes effectués et la durée pendant laquelle ceux-ci ont été effectués ou faire compléter par un pharmacien le document en annexe de ce formulaire.

Veillez renvoyer le présent formulaire et les pièces justificatives 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
Groupe de Travail « Agrément des assistants pharmaceutico-techniques »
Rue Adolphe Lavallée, 1 - 1080 Bruxelles

Prénom + nom :

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

Date :

Signature :

Modalités d'exécution de l'article 153, §3 alinéa 4 de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, pour la profession d' « assistant pharmaceutico-technique ».

Je soussigné(e), _____ (nom, prénom, fonction), _____
certifie que Madame/Monsieur _____,
travaille en tant qu'assistant pharmaceutico-technique depuis le _____ et exerce les
actes repris ci-dessous (à cocher):

- ☐ la réception et l'enregistrement sous quelque forme ce soit des prescriptions médicales;
- ☐ la délivrance des médicaments conformes aux lois et règlements en vigueur;
- ☐ l'information des patients relative à l'usage adéquat des médicaments et leur sécurité d'emploi;
- ☐ l'enregistrement et l'identification des matières premières;
- ☐ l'exécution de préparations magistrales;
- ☐ l'information des stagiaires " assistant pharmaceutico-technique " relative au travail en pharmacie.

Date:

Signature + cachet: