

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 courriel ne sont pas acceptées mais vous pouvez les introduire via le formulaire électronique¹

**Formulaire de demande d'agrément en tant qu'audiologue - audicien uniquement pour les
diplômes obtenus auprès de la Fédération Wallonie-Bruxelles**

À compléter par le demandeur (en lettres majuscules s.v.p.)

Veillez cocher ce qui vous correspond

Je demande un agrément définitif sur la base de mon diplôme :

audiologue

audicien

Vous êtes titulaire du diplôme de bachelier/graduat en audiologie² :

Joindre les documents suivants :

- une copie recto-verso de la carte d'identité ;
- une copie du diplôme précisant sa date d'obtention (JJ/MM/AAAA). Si ce n'est pas le cas, veuillez fournir également soit l'attestation de réussite provisoire ou le supplément au diplôme.

L'Administration se réserve le droit de vous réclamer ultérieurement des documents et/ou informations complémentaires.

Les pièces justificatives suivantes ne sont pas acceptées :

- les relevés de notes ;
- les attestations de fréquentation ;
- les attestations de réussite non authentifiées (sans cachet de l'établissement scolaire, sans signature).

¹ www.enseignement.be - de A à Z - agrément des professionnels de la santé - métiers de la santé – audiciens et audiologues

² Arrêté royal du 4 juillet 2004 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'audiologue et d'audicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont l'audiologue et l'audicien peut être chargé par un médecin. (M.B. 09.08.2004)

Identification du demandeur	
Nom :	
Prénom :	
N° de registre national :	
Nationalité :	
Langue :	
Sexe (F/M) :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Pays de naissance :	
Adresse :	
N° :	
Boite :	
Code postal :	
Commune :	
Pays :	
Téléphone :	
GSM :	
Courriel :	

Formation	
ÉCOLE / DIPLÔME	DATE du diplôme

Stage	
LIEU du stage	PÉRIODE de stage

Employeur	
LIEU de travail	PÉRIODE de travail

Veillez envoyer 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 des audiologues - audiciens

Rue Adolphe Lavallée 1-1080 Bruxelles

Nom, prénom : _____

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

Date : _____

Signature : _____