

**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 des diététiciens**

Rue Adolphe Lavallée, 1 - 1080 Bruxelles

[agrementsante@cfwb.be](mailto:agrementsante@cfwb.be)

*Les demandes introduites par email ne sont pas acceptées*

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGRÈMENT EN TANT QUE DIÉTÉTICIEN**

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

Veillez cocher ce qui convient

	<b>1. DIPLÔME :</b>
<input type="checkbox"/>	<p><b><u>Agrément :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vous êtes titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice et dont le programme d'études répond aux critères de formation mentionnés dans l'article 3 de l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététiciens peut être chargé par un médecin.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<p><b><u>Dérogation :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vous ne possédez pas de diplôme mais en date du 04/06/1997, vous avez exécuté pendant au moins 3 ans les prestations techniques ou les actes qui appartiennent à la profession de diététicien.</li> </ul>
	<b>2. PREUVE DE STAGE :</b>
<input type="checkbox"/>	Fournie par un établissement scolaire
	<b>3. EMPLOYEUR :</b>
<input type="checkbox"/>	Hôpital / Maison de repos
<input type="checkbox"/>	Pratique
<input type="checkbox"/>	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 :	

<b>FORMATION</b>	
ÉCOLE / DIPLOME	DATE du diplôme

<b>STAGE</b>	
LIEU du stage	PÉRIODE du stage

<b>EMPLOYEUR</b>	
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 médecin et détaillant la liste des actes effectués et la durée pendant laquelle ceux-ci ont été effectués ou faire compléter par un médecin le document en annexe de ce formulaire.**

Veillez renvoyer le présent formulaire et les pièces justificatives par voie postale 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 des diététiciens**  
Rue Adolphe Lavallée, 1 - 1080 Bruxelles

Prénom + nom :

---

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

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

Signature :

---

ATTESTATION RELATIVE À L'EXERCICE D'ACTES/PRESTATIONS TECHNIQUES DE LA  
PROFESSION DE DIÉTÉTICIEN

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR**

⇒ *À renvoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*

Je soussigné(e),  
.....,

déclare avoir réalisé, en tant que diététicien, un ou plusieurs des actes et/ou prestations (à cocher) ci-dessous tels que fixés dans l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin

**Prestations techniques pouvant être accomplies par les diététiciens et qui ne requièrent pas la prescription d'un médecin**

- Evaluations diététiques et un rapport technique écrit des observations effectuées, adressé au médecin prescripteur. Ces évaluations consistent en :

la détermination des exigences qualitatives et quantitatives en termes de nutriments et non-nutriments, de manière générale pour certaines pathologies et de manière individuelle, chez certains patients ;

la détermination de consommations alimentaires, sur base d'enquêtes alimentaires.

- Interventions diététiques et un rapport technique intermédiaire, adressé au médecin prescripteur, concernant l'évolution du patient sous ces interventions prescrites. Ces interventions consistent en :

la traduction en termes d'aliments de la prescription diététique établie par le médecin, sur base de données nutritionnelles ;

l'émission d'avis en matière de diététique et d'alimentation, après évaluation des habitudes alimentaires et diététiques du patient ainsi que de son savoir-faire relatif aux conseils donnés ;

la préparation, l'exécution et l'évaluation des alimentations pauvres en germes ;

la préparation et la vente des aliments destinés à l'alimentation particulière.

durant la période du ..... au .....

**JE CERTIFIE LA VÉRACITÉ ET L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS MENTIONNÉES DANS CE  
FORMULAIRE**

**Date**

**Nom et prénom du demandeur**

**Signature**

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE PRESCRIPTEUR**

⇒ *À renvoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*  
⇒ *Un formulaire par prescripteur, merci !*

Je soussigné(e),  
Docteur.....,

déclare que Monsieur/Madame .....

a été chargé(e) de réaliser, en tant que diététicien, un ou plusieurs des actes et/ou prestations (à cocher) ci-dessous tels que fixés dans l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin

durant la période du ..... au .....

Adresse : ..... Numéro : .....

Code postal : ..... Commune :  
.....

**Liste des actes dont un médecin peut charger un diététicien :**

- Prévention et dépistage de troubles concernant des produits nutritives ou des aliments, y compris l'application des règles d'hygiène alimentaire ;
- Information en matière de diététique et d'alimentation ;
- La partie technique des prestations suivantes :
  - Mesurer les paramètres anthropométriques et collectionner des données permettant d'évaluer la composition corporelle ;
  - Mesurer et évaluer la dépense énergétique individuelle par des méthodes directes ou indirectes ;
  - Veiller à l'application correcte des prescriptions diététiques et des alimentations particulières destinées à des groupes de patients ;
  - Veiller à l'évaluation nutritionnelle de groupes de patients et aux interactions aliments-médicaments.
- JE CERTIFIE LA VÉRACITÉ ET L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS MENTIONNÉES DANS CE FORMULAIRE**

Date

Date

Nom et prénom du prescripteur

Nom et prénom du demandeur

Signature

Signature