FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES
ENSEIGNEMENT.BE

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
Commissions d'agrément des logopèdes
Rue Adolphe Lavallée, 1 - 1080 Bruxelles agrementsante@cfwb.be
Les demandes introduites par email ne sont pas acceptées

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGRÉMENT

EN TANT QUE LOGOPÈDE

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

Veuillez cocher ce qui convient

	1. DIPLÔME :
☐	**Agrément :** ☐ 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 20 octobre 1994 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de logopède et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le logopède peut être chargé par un médecin.
☐	**Dérogation :** ☐ Vous ne possédez pas de diplôme mais en date du **06/12/1994,** vous avez exécuté pendant **au moins 3 ans** les prestations ou les actes qui appartiennent à la profession de logopède.
	2. PREUVE STAGE :
☐	Fournie par un établissement scolaire
	3. EMPLOYEUR :
☐	Institution de soins (hôpital, ..)
☐	Autres institutions (laboratoire,…)
☐	Pratique indépendante
☐	Autres

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

Veuillez joindre les pièces nécessaires :

- **copie du diplôme ou une attestation provisoire pour les nouveaux diplômés**
- **preuve de stage**
- **Copie des pages suivantes du TFE :**
  - Page de garde
  - Table des matières
  - Introduction
  - Conclusion
- **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.

Veuillez 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 logopèdes
Rue Adolphe Lavallée, 1 - 1080 Bruxelles

Prénom + nom :

_____

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

Date : _____

Signature :

_____