

**FORMULAIRE DE DEMANDE - ATTESTATION DE CONFORMITE A LA  
DIRECTIVE EUROPEENNE 2005/36/CE RELATIVE A LA  
RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES**

**PROFESSION : DENTISTE ET / OU DENTISTE SPECIALISTE**

**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  
Cellule professions des soins de santé universitaire  
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles  
Centre de Contact : 02/690.89.40 – [agreementsante@cfwb.be](mailto:agreementsante@cfwb.be)

Nom, prénom:		Date de naissance:
adresse de correspondance (obligatoire): Rue, n°: Localité: Code postal		Téléphone: Email:
Profession :		
Pays de destination pour le(s)quel(s) l'appliquant introduit la demande :		
Date et signature		

1. Je demande une attestation de conformité pour mon titre :

- Dentiste
- Dentiste spécialiste (titre professionnel particulier de dentiste spécialiste en orthodontie)

2. Veuillez préciser la langue dans laquelle je souhaite recevoir mon attestation de conformité

- Français
- Anglais

3. Veuillez indiquer le pays pour lequel vous demandez une attestation de conformité :

.....

4. Veuillez joindre au présent formulaire les documents suivants :

1. Copie de votre pièce d'identité ;
2. Copie de votre diplôme de Dentiste ;
3. Si vous êtes détenteur d'un titre professionnel particulier de dentiste spécialiste en orthodontie, vous devez **obligatoirement** nous envoyer une copie de votre arrêté ministériel d'agrément pour le titre professionnel particulier de dentiste spécialiste en orthodontie ;

Le présent formulaire et les pièces justificatives sont à renvoyer 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  
Cellule des professions des soins de santé universitaire  
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles  
Bâtiment « Les Ateliers » - 5<sup>e</sup> étage - Bureau 5F503

**Pour plus de rapidité de traitement de votre demande, nous vous invitons à envoyer votre demande par e-mail à l'adresse suivante [agreementsante@cfwb.be](mailto:agreementsante@cfwb.be).**