

**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](mailto:agreementsante@cfwb.be)

*Les demandes introduites par courriel ne sont pas acceptées mais vous pouvez les introduire via le formulaire électronique<sup>1</sup>*

**Formulaire de demande d'agrément en tant que technologue de laboratoire médical 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 :**

Vous êtes titulaire du diplôme de<sup>2</sup> :

- bachelier technologue de laboratoire médical
- technologue de laboratoire médical
- assistant de laboratoire : chimie clinique
- assistant de laboratoire : option chimie clinique
- assistant de laboratoire : option cytologie
- assistant de laboratoire clinique
- graduat en biologie clinique
- graduat en biologie médicale
- graduat en biologie médicale : option chimie clinique
- graduat en biologie médicale : option cytologie
- graduat en chimie clinique
- technicien de laboratoire médical
- graduat en biochimie / Bachelier·ière : option biochimie, orientation technologue de laboratoire délivré depuis juin 1999 par la Haute Ecole Provinciale du Hainaut Occidental) Ath (Irchonwelz)
- graduat / bachelier en chimie, option biochimie, orientation technologue de laboratoire délivré depuis juin 2005 par la Haute Ecole Provinciale du Hainaut Occidental) Ath (Irchonwelz)
- bachelier en chimie, option biochimie, orientation technologue de laboratoire délivré depuis juin 2010 par la HEPH-Condorcet (Ath)

**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).

<sup>1</sup> www.enseignement.be - de A à Z - agrément des professionnels de la santé - métiers de la santé – technologues de laboratoire médical

<sup>2</sup> Arrêté royal du 17 janvier 2019 relatif à la profession de technologue de laboratoire médical (M.B. 12.02.2019)

**Je demande la dérogation sur la base des droits acquis suivant l'article 7 de l'arrêté royal du 17 janvier 2019 relatif à la profession de technologue de laboratoire médical (M.B. 22.02.2019) :**

Vous ne possédez pas de diplôme mais à la date du 22/02/2019, vous avez exécuté pendant au moins 3 ans un ou plusieurs actes de la profession de technologue de laboratoire médical.

**Joindre les documents suivants :**

- une copie recto-verso de la carte d'identité ;
- une copie du/des attestation(s) de prescripteur(s) selon le modèle en annexe ;
- une attestation d'emploi, par employeur, reprenant les éléments suivants :
  - o les coordonnées de l'institution,
  - o le service,
  - o la fonction exercée,
  - o la période d'exercice,
  - o la date de l'attestation,
  - o la signature et le cachet de l'institution.

Vous pouvez être auditionné·e par la commission d'agrément pour tout complément d'information utile à la remise d'avis.

**Vous pouvez introduire cette demande jusqu'au 21/02/2026.**

<b>Identification du demandeur</b>	
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 / DIPLOME	DATE du diplôme

Stage	
LIEU du stage	PÉRIODE de stage

Employeur	
LIEU de travail	PÉRIODE de travail

**ATTENTION :**

**Les documents originaux fournis dans le cadre de cette demande ne seront pas restitués. Par conséquent, veuillez envoyer des copies sauf lorsqu'il est explicitement mentionné que l'original doit être communiqué.**

**Si nécessaire, nous nous réservons le droit de vous demander des documents et informations supplémentaires.**

Veuillez 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 technologues de laboratoire médical

Rue Adolphe Lavallée 1-1080 Bruxelles

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Signature : \_\_\_\_\_

ATTESTATION RELATIVE À L'EXERCICE D'ACTES DE DE LA PROFESSION DE  
TECHNOLOGUE DE LABORATOIRE MÉDICAL

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE  
DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS**

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

Je soussigné·e, Docteur \_\_\_\_\_,  
certifie que Madame/Monsieur \_\_\_\_\_,  
a été chargé·e de réaliser, un ou plusieurs actes (à cocher) ci-dessous de la profession de technologue de  
laboratoire médical tels que fixés dans l'arrêté royal du 17 janvier 2019 relatif à la profession de  
technologue de laboratoire médical dont celui-ci peut être chargé par un médecin durant la période du  
\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Liste des actes confiés par un médecin :**

- analyses de laboratoire : la préparation, l'exécution et la mise au point d'analyses in vitro sur des  
échantillons d'origine humaine :
  - analyses de biologie moléculaire ;
  - analyses de matériel corporel humain ;
- préparation et manipulation de matériel corporel humain utilisé à des fins thérapeutiques.
- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également  
à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à  
certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les actes de la profession de  
technologue de laboratoire médical sont réalisés) sont exactes.**

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

Nom et prénom du médecin : \_\_\_\_\_ Nom et prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

ATTESTATION RELATIVE À L'EXERCICE D'ACTES DE LA PROFESSION DE DE LA  
PROFESSION DE TECHNOLOGUE DE LABORATOIRE MÉDICAL

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN SPÉCIALISTE EN BIOLOGIE CLINIQUE DANS LE  
CADRE D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS.**

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

Je soussigné·e, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (fonction), certifie que Madame/Monsieur  
\_\_\_\_\_, a été chargé·e de réaliser, un ou  
plusieurs actes (à cocher) ci-dessous de la profession de technologue de laboratoire médical tels que fixés  
dans l'arrêté royal du 17 janvier 2019 relatif à la profession de technologue de laboratoire médical dont  
celui-ci peut être chargé par un médecin durant la période du \_\_\_\_\_ au  
\_\_\_\_\_.

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Liste des actes confiés par les pharmaciens spécialistes en biologie clinique :**

- analyses de biologie moléculaire ;  
 analyses de matériel corporel humain.
- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également  
à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à  
certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les actes de la profession de  
technologue de laboratoire médical sont réalisés) sont exactes.**

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

Nom et prénom du pharmacien spécialiste en  
biologie clinique : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

ATTESTATION RELATIVE À L'EXERCICE D'ACTES DE LA PROFESSION DE  
TECHNOLOGUE DE LABORATOIRE MÉDICAL

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN SPÉCIALISTE EN BIOLOGIE CLINIQUE  
HABILITÉ À EFFECTUER DES PRÉLÈVEMENTS DE SANG DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE  
DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS.**

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

Je soussigné·e, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (fonction), certifie que Madame/Monsieur  
\_\_\_\_\_, a été chargé·e de réaliser, un ou  
plusieurs actes (à cocher) ci-dessous de la profession de technologue de laboratoire médical tels que fixés  
dans l'arrêté royal du 17 janvier 2019 relatif à la profession de technologue de laboratoire médical dont  
celui-ci peut être chargé par un médecin durant la période du \_\_\_\_\_ au  
\_\_\_\_\_.

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Liste des actes confiés par les pharmaciens spécialistes en biologie clinique habilités à effectuer  
des prélèvements de sang :**

- analyses de laboratoire : la préparation, l'exécution et la mise au point d'analyses in vitro sur des  
échantillons d'origine humaine :
  - analyses de biologie moléculaire ;
  - analyses de matériel corporel humain.
- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également  
à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à  
certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les actes de la profession de  
technologue de laboratoire médical sont réalisés) sont exactes.**

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

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

Nom et prénom du pharmacien spécialiste en  
biologie clinique :  
\_\_\_\_\_

Nom et prénom du demandeur :  
\_\_\_\_\_

Signature :

Signature :