

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@cfvb.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 que podologue uniquement pour les diplômés
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 d'un bachelier en podologie-podothérapie/Graduat en podologie-podothérapie².

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 ;
- la preuve de stage pour les diplômés délivrés avant l'année académique 2016-2017.

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 – Podologues

² Arrêté royal du 7 mars 2016 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation des prestations techniques et des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin (M.B. 01.04.2016)

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 / DIPLOME	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 Podologues

Rue Adolphe Lavallée 1-1080 Bruxelles

Nom, prénom : _____

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

Date : _____

Signature : _____