

**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 logopède uniquement pour les diplômés obtenus  
auprès de la Fédération Wallonie-Bruxelles**

**À compléter par le demandeur (en lettres majuscules s.v.p.)**

Veuillez cocher ce qui vous correspond

**Je demande un agrément définitif sur la base de mon diplôme :**

Vous êtes titulaire du diplôme de bachelier/graduat ou de master/licence en logopédie<sup>2</sup> :

**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 diplômes délivrés après l'année académique 1999-2000 ;
- la copie des pages suivantes du travail de fin d'études :
  - o la page de garde,
  - o la table des matières,
  - o l'introduction,
  - o la conclusion.

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) ;
- les relevés de stage non authentifiés.

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

<sup>2</sup> 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 (M.B.06.12.1994)

<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 :	

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

<b>Stage</b>	
LIEU du stage	PÉRIODE de stage

<b>Employeur</b>	
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 logopèdes

Rue Adolphe Lavallée 1-1080 Bruxelles

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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