

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

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 qu'assistant pharmaceutico-technique 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 d'un certificat de qualification d'assistant pharmaceutico-technique².

Joindre les documents suivants :

- une copie recto-verso de la carte d'identité ;
- une copie du certificat de qualification de sixième année ;
- la preuve de stage pour les diplômes délivrés avant l'année académique 1996-1997.

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
- le Certificat d'Enseignement du Secondaire Supérieur (CESS) ;
- les attestations de fréquentation ;
- les attestations de réussite non authentifiées (sans cachet de l'établissement scolaire, sans signature) ;
- les relevés de stage non authentifiés.

¹ www.enseignement.be - de A à Z - agrément des professionnels de la santé - métiers de la santé – assistants pharmaceutico-techniques

² Arrêté royal du 5 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'assistant pharmaceutico-technique et portant fixation de la liste des actes dont celui-ci peut être chargé par un pharmacien (M.B. 02.07.1997)

| 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 Assistants pharmaceutico-techniques

Rue Adolphe Lavallée 1-1080 Bruxelles

Nom, prénom : _____

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

Date : _____

Signature : _____