

**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 qu'ergothérapeute uniquement pour les diplômes  
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 en ergothérapie<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 avant l'année académique 1995-1996.

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 – ergothérapeute

<sup>2</sup> Arrêté royal du 8 juillet 1996 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'ergothérapeute et portant fixation de la liste des prestations techniques (M.B.04.09.1996)

<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 ergothérapeutes

Rue Adolphe Lavallée 1-1080 Bruxelles

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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