

## Annexe 2.

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENREGISTREMENT COMME AIDE-SOIGNANT

Date de réception de la demande

A COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR (en caractères d'imprimerie s.v.p.)

<b>1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR : (*) Remplir obligatoirement</b>										
(*) Nom :										
(*) Prénoms :										
(*) Adresse :						(*) N :		Bte :		
(*) Code postal :			(*) Commune :							
Pays :										
Téléphone :				GSM :						
E-mail :				Fax :						
(*) Sexe :		M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	(*) Nationalité :			(*) Langue :	
(*) Pays et lieu de naissance :						(*) Date de naissance :		/ /		
(*) Numéro de registre national :		---.---.---.---			N° BIS <sup>3</sup> :		-----			
<b>Joindre à cela une copie recto-verso de votre carte d'identité</b>										

<sup>3</sup> Les personnes qui bénéficient de droits en matière de sécurité sociale et qui ne sont pas inscrites dans le Registre national (en général des personnes non-belges) peuvent obtenir un numéro bis géré par le registre de la Banque Carrefour de la sécurité sociale. Il est attribué à la demande d'une commune ou d'un CPAS. Le numéro bis est structuré de la même manière que le numéro national

<b>2. JE SOUHAITE INTRODUIRE UNE DEMANDE POUR L'ENREGISTREMENT SUIVANT :</b>	
<b>2. 1. ENREGISTREMENT DÉFINITIF (pas sur base de mesures transitoires) :</b>	
<input type="checkbox"/>	<p>a. Vous possédez un certificat de réussite de la 1<sup>ère</sup> année d'infirmier.</p> <p><b>Ou</b></p> <p>b. Vous possédez un certificat d'aide-soignant (que vous l'ayez obtenu ou non en suivant un trajet court de formation).</p>
<b>2. 2. ENREGISTREMENT DÉFINITIF SUR BASE DES MESURES TRANSITOIRES :</b>	
<input type="checkbox"/>	<p>Vous étiez employé le 13/02/2006 comme personnel soignant dans un établissement de soins <b>ET</b></p> <p>a. Vous possédez un diplôme/certificat mentionné à l'article 4, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées.</p> <p><b>Ou</b></p> <p>b. Vous pouvez présenter la preuve d'au moins 5 ans (ETP) d'activité dans un établissement de soins.</p>
<b>2. 3. ENREGISTREMENT DÉFINITIF SUR BASE DE L'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE DANS L'AIDE À DOMICILE :</b>	
<input type="checkbox"/>	<p>1. Au cours des dix années précédant votre demande, vous étiez pendant au moins cinq ans équivalent temps plein, employé comme personnel d'aide et d'accompagnement dans un ou plusieurs service(s) d'aide à domicile agréé(s), en contact direct et constant avec les bénéficiaires des prestations du personnel d'aide et d'accompagnement,</p> <p><b>ET</b></p> <p>2. vous possédez une attestation certifiant que vous avez suivi avec fruit une formation complémentaire théorique d'au moins 200 heures effectives dans les matières requises,</p> <p><b>ET</b></p> <p>3. vous possédez une attestation certifiant que vous avez suivi une formation pratique complémentaire de minimum 75 heures effectuée en milieu hospitalier, et/ou en maison de repos pour personnes âgées et/ou en maisons de repos et de soins agréées, et en contact direct et constant avec les bénéficiaires des prestations du personnel de soin.</p>

<b>3. FORMATION (voir annexe I : formations)</b>	
<b>FORMATION / DIPLOME</b>	<b>DATE du diplôme / certificat</b>
<b>Veillez joindre ici les pièces justificatives nécessaires (copie du diplôme, brevet, attestation ou certificat)</b>	

**4. EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE DANS LE DOMAINE DES SOINS<sup>4</sup>**

ÉTABLISSEMENT + NUMÉRO D'AGRÉMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	SERVICE (où vous avez travaillé)	PÉRIODE	
		DÉBUT	FIN

Veillez joindre ici les pièces justificatives nécessaires (attestation de l'employeur)

**ÉTABLISSEMENT OÙ VOUS TRAVAILLIEZ au 13 février 2006**

Nom :					
Type d'établissement :					
N° d'agrément de l'établissement :					
Adresse :		N° :		Bte :	
Code postal :		Commune :			
Pays :					
Téléphone :		Fax :			

Veillez joindre ici les pièces justificatives nécessaires (attestation de l'employeur)

Veillez renvoyer le présent formulaire et les pièces justificatives  
à l'adresse suivante :

**MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES**  
 Administration générale de l'Enseignement (AGE)  
 Direction générale de l'Enseignement non obligatoire  
 et de la Recherche scientifique (DGENORS)  
**Direction de l'agrément des prestataires de soins de santé**  
**Commission d'agrément pour les praticiens de l'art infirmier**  
 Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles

(*) Date :	
(*) Prénom + Nom :	
Je déclare que les informations contenues dans le présent formulaire sont exactes. <input type="checkbox"/>	

<sup>4</sup> Cette information est indispensable si vous voulez bénéficier des mesures 2.2 et 2.3.

(*) <b>Signature :</b>	
------------------------	--

Vu pour être annexée à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 19 octobre 2016 relatif à l'agrément autorisant les infirmiers à porter un titre professionnel particulier ou à se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière et relatif à la procédure d'enregistrement comme aide-soignant

Bruxelles, le 19 octobre 2016.

**Le Ministre-Président,**

**R. DEMOTTE**