

Annexe 1

FORMULAIRE DE DEMANDE D'UN TITRE PROFESSIONNEL PARTICULIER OU D'UNE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE PARTICULIERE POUR LES INFIRMIERS

Date de réception de la demande

A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR (en lettres majuscules s.v.p.)
<input type="checkbox"/> JE DEMANDE UN AGRÉMENT POUR LE TITRE PROFESSIONNEL PARTICULIER SUIVANT :
<input type="checkbox"/> JE DEMANDE UN AGRÉMENT POUR LA QUALIFICATION PROFESSIONNELLE PARTICULIERE SUIVANTE:

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (*) Remplir obligatoirement									
(*) Nom ¹ :									
(*) 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 ² :		_ _ _ _ _		

2. FORMATION DE BASE SUIVIE

¹ Uniquement le nom qui figure sur votre carte d'identité.
² 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.

TYPE	Date du diplôme	N° Visa commission médicale
Infirmier breveté / gediplomeerde verpleegkundige / porteur du diplôme HBO5 in de		
Diplôme d'infirmier gradué / Bachelier en soins infirmiers		
Diplôme étranger assimilé et reconnu par les autorités compétentes	Date de(s) reconnaissance et/ou d'équivalence	
Autres (précisez) :		

Joindre les pièces justificatives (copie du diplôme ou du brevet).

NOM DE L'INSTITUTION OÙ VOUS AVEZ SUIVI CETTE FORMATION:					
Nom:					
Adresse:		N°:		Boîte:	
Code postal:		Commune:			
Pays:					
Téléphone :		Fax:			

3. FORMATION COMPLEMENTAIRE OU SPECIALISATION			
DÉNOMINATION DE LA FORMATION COMPLEMENTAIRE OU SPECIALISATION SUIVIE			
<i>Une seule spécialisation par demande</i>			
.....			
FORMATION SUIVIE du/...../..... au/...../.....			
NOMBRE TOTAL D'HEURES DE LA FORMATION COMPLEMENTAIRE OU SPÉCIALISATION SUIVIE (théorie et pratique):			
HEURES :		CREDITS ECTS :	

NOM DE L'INSTITUTION OÙ VOUS AVEZ SUIVI CETTE FORMATION:					
Nom:					
Adresse:			N°:		Boîte:
Code postal:		Commune:			
Pays:					
Téléphone:		Fax:			

Joindre le programme des cours (partie théorique et pratique).
Joindre les pièces justificatives (copie du diplôme ou du brevet).

4. EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DANS LE DOMAINE DES SOINS INFIRMIERS :			
INSTITUTION + N° AGREMENT INST.	SERVICE (dans lequel vous avez presté)	PERIODE (début et fin)	Nombres d'heures ETP

Joindre les pièces justificatives (attestation par l'employeur).

<p>Envoyez le présent formulaire et les pièces justificatives au:</p> <p>MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES</p> <p>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</p>	
Date:	
Prénom + nom:	
Signature:	

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