

**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)

**Formulaire de demande - Attestation de conformité à la Directive Européenne  
2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles**

Profession : Paramédicale

Nom, prénom :	Date de naissance et lieu de naissance :
Adresse de correspondance (obligatoire) : Rue, n° :  Code postal : Localité :	Téléphone :  Email :
Pays de destination pour le(s)quel(s) le/la demandeur·euse introduit la demande :	
Date et signature :	

1. Je demande une attestation de conformité pour une des professions paramédicales réglementées suivantes :

- ambulancier de transport non-urgent de patients ;
- assistant pharmaceutico-technique ;
- audicien ;
- audiologue ;
- diététicien ;
- hygiéniste bucco-dentaire ;
- ergothérapeute ;
- logopède ;
- orthoptiste-optométriste ;
- podologue ;
- technologue de laboratoire médical ;
- technologue en imagerie médicale.

2. Je souhaite recevoir mon attestation de conformité en :

- anglais ;
- français.

3. Je joins au présent formulaire les documents suivants :

- une copie de mon pièce d'identité ;
- une copie de mon diplôme ou attestation provisoire de réussite pour la profession concernée. Sur ce document doit figurer la date de l'obtention du diplôme ou de l'attestation de réussite.

Le délai de traitement d'une demande d'attestation de conformité est de maximum 30 jours ouvrables.

Le présent formulaire et les pièces justificatives sont à envoyer par voie postale à l'adresse suivante :

Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles  
AGE - DGESVR  
Direction de l'Agrément des Prestataires de Soins de Santé  
Cellule 'Professions des Soins de Santé non-universitaires et Professions de Soins de Santé mentale'  
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles  
Bâtiment « Les Ateliers » - 5<sup>e</sup> étage - Bureau 5F511

**Pour plus de rapidité dans le traitement de ma demande, je l'envoie par courriel à l'adresse suivante : [agreementsante@cfvb.be](mailto:agreementsante@cfvb.be).**