

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

Formulaire de demande de reconnaissance professionnelle pour le titre d'infirmier
Système automatique

Nom, prénom :	Date de naissance et lieu de naissance :
Nationalité :	Sexe :
Adresse de domicile ¹ : Rue, n° : Localité : Code postal :	Téléphone : Courriel :
Pays qui a délivré le diplôme :	Date de délivrance du diplôme :
Pays dans le(s)quel(s) le·la demandeur·euse est actuellement autorisé·e à exercer :	
Adresse de correspondance :	
Date et signature :	

¹ Veuillez indiquer votre adresse de domicile (à l'étranger ou en Belgique). Attention, il ne s'agit pas de votre adresse de résidence ou de correspondance en Belgique.

Documents requis :

1. La copie recto/verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité.
2. Une lettre de motivation rédigée en français (facultatif).
3. La copie du diplôme ou de l'attestation provisoire de réussite.

Si vous envoyez l'attestation provisoire de réussite, celle-ci doit être accompagnée d'une attestation de conformité. Cette attestation est délivrée par l'autorité compétente du pays d'obtention du diplôme et elle atteste que le diplôme est conforme à l'article 31 de la Directive européenne 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, accompagnée de sa traduction en français.

4. Un extrait du casier judiciaire ou une attestation de bonne vie et mœurs délivré par l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine ou de dernière résidence. Ce certificat doit être **daté de moins de trois mois** et être présenté **en copie certifiée conforme** - ou en original si vous le souhaitez, accompagné de sa traduction en français.
5. Un **certificat** de l'autorité disciplinaire certifiant que vous n'avez pas encouru de sanctions disciplinaires dans le cadre de votre exercice professionnel. Ce certificat doit être **daté de moins de trois mois** et être communiqué **en copie certifiée conforme** - ou en original si vous le souhaitez, accompagné de sa traduction en français.

En cas de non-inscription, vous devez communiquer une preuve de non-inscription, accompagnée de sa traduction en français, **et** une attestation sur l'honneur de bonne conduite rédigée en français et signée.

Dans le cas où il n'existe pas d'ordre professionnel, vous devez rédiger en français et signer une attestation sur l'honneur de bonne conduite.

Dans le cas où l'attestation de bonne conduite est délivrée sous format électronique :

- Soit l'autorité compétente envoie cette attestation par courriel à agreementsante@cfwb.be.
- Soit vous transférez le courriel de l'autorité compétente avec l'attestation jointe par courriel à agreementsante@cfwb.be.

ATTENTION :

Les documents originaux fournis dans le cadre de cette demande ne seront pas restitués.

Si nécessaire, nous nous réservons le droit de vous demander des documents et informations supplémentaires.

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^e étage - Bureau 5F511