

DEMANDE D'AGRÉMENT POUR SE PRÉVALOIR D'UNE QUALIFICATION
PROFESSIONNELLE PARTICULIÈRE EN KINÉSITHÉRAPIE

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Référence légale :

- Arrêté ministériel (AM) du 22 avril 2014 fixant les critères communs d'agrément autorisant les kinésithérapeutes à se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière, article 2 (MB.08.08.2014)

Je soussigné·e, (Nom, prénom et qualifications professionnelles du prestataire de soins attestant) _____, déclare que
Monsieur/Madame _____,
a, en tant que kinésithérapeute agréé, pratiqué dans le domaine de la kinésithérapie ci-dessous* pendant au
moins un an durant la période du _____ au _____.
Adresse (lieu de la pratique) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

* *Domaine dans lequel l'agrément est demandé (à cocher)*

- Kinésithérapie cardiovasculaire
- Kinésithérapie neurologique
- Kinésithérapie pédiatrique
- Kinésithérapie respiratoire
- Kinésithérapie du sport
- Rééducation abdomino-pelvienne et kinésithérapie périnatale
- Thérapie manuelle

Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur la pratique de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations sont exactes.

Date : _____ Date : _____

Nom, prénom, cachet/numéro INAMI du _____ du _____
professionnel de soins de santé : _____
Nom et prénom du demandeur : _____

Signature : _____ Signature : _____