

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 (DAPSS)

Rue Adolphe Lavallée, 1 - 1080 Bruxelles

agreementsante@cfwb.be

Les demandes introduites par courriel ne sont pas acceptées mais vous pouvez les introduire via le formulaire électronique¹

Formulaire de demande d'enregistrement comme aide-soignant uniquement pour les diplômes obtenus auprès de la Fédération Wallonie-Bruxelles

A COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR (en caractères d'imprimerie s.v.p.)
1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR : (*) Remplir obligatoirement

(*) Nom :							
(*) Prénoms :							
(*) Adresse de domicile ² :					(*) N :		Bte :
(*) Code postal :		(*) Commune :					
Pays :							
Téléphone :				GSM :			
(*) Courriel :							
(*) Sexe :	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	(*) Nationalité :		(*) Langue :
(*) Pays et lieu de naissance :						(*) Date de naissance :	/ /
Numéro de registre national :	-----			Nº BIS ³ ⁴ :	-----		
Joindre une copie recto-verso de votre carte d'identité en cours de validité							

¹ <https://agreementsante.cfwb.be/> en suivant le chemin « J'ai obtenu mon diplôme en Belgique > Je veux exercer ma profession en Belgique > Aide-soignant > Quelles démarches dois-je faire pour exercer en Belgique ? > 1ère étape : Obtenir l'enregistrement »

² 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.

³ 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

⁴ Si vous ne disposez pas de numéro bis ou de numéro national, un numéro vous sera attribué lors du traitement de votre dossier.

2. JE SOUHAITE INTRODUIRE UNE DEMANDE POUR L'ENREGISTREMENT SUIVANT :

2.1. ENREGISTREMENT DÉFINITIF (pas sur base de mesures transitoires) :

<input type="checkbox"/>	a.	Vous possédez : un certificat de réussite de la première année de formation d'infirmier responsable de soins généraux, d'assistant en soins infirmiers ou de sage-femme. Lorsque cette formation est organisée en crédits ECTS, la réussite des 60 crédits ECTS sans crédit résiduel est exigée ;
	Et	une attestation de suivi d'une formation théorique et clinique abordant les soins aux personnes âgées (inclus ou non dans le programme de formation de la première année) ;
	Et	une attestation de réussite d'au moins 150 heures de stage au chevet des patients, comprenant des soins aux personnes âgées (inclus ou non dans le programme de formation de la première année).
	Ou	b. Vous possédez un certificat de qualification de 7 ^{ème} année d'aide-soignant. c. Vous possédez un certificat de qualification d'aide-soignant délivré par l'enseignement de promotion sociale.

2.2. ENREGISTREMENT DÉFINITIF SUR BASE DES MESURES TRANSITOIRES :

<input type="checkbox"/>	Vous étiez employé <u>le 13/02/2006</u> comme personnel soignant dans un établissement de soins	
	Et	a. vous possédez le brevet ou le diplôme de l'enseignement secondaire ou le certificat d'étude de l'enseignement secondaire ou le certificat de qualification ou le certificat de l'enseignement secondaire de : auxiliaire familiale et sanitaire, puériculture, aspirante en nursing, aide familiale, assistant(e) en gériatrie, éducation, moniteur de collectivités, auxiliaires polyvalentes des services à domicile et en collectivités ou aide polyvalente de collectivités.

Ou

<input type="checkbox"/>	b. vous pouvez présenter la preuve d'au moins 5 ans (ETP) d'activité dans un établissement de soins <u>avant le 13/02/2006</u> .
--------------------------	--

2.3. ENREGISTREMENT DÉFINITIF SUR BASE DE L'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE DANS L'AIDE À DOMICILE :

<input type="checkbox"/>	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,
	Et	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,
	Et	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.

3. FORMATION (voir annexe I : formations)

FORMATION / DIPLOME	DATE du diplôme / certificat
Joindre les pièces justificatives nécessaires (copie du diplôme, brevet, attestation ou certificat)	

4. EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE DANS LE DOMAINE DES SOINS⁵

ÉTABLISSEMENT + NUMÉRO D'AGRÉMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	SERVICE (où vous avez travaillé)	PÉRIODE	
		DÉBUT	FIN
Joindre les pièces justificatives nécessaires (attestation de l'employeur)			

NOM DE L'INSTITUTION OÙ VOUS TRAVAILLIEZ AU 13 FÉVRIER 2006 :

Nom :				
Adresse :			N° :	Boîte :
Code postal :		Commune :		
Pays :				
Courriel :			Téléphone :	

⁵ Cette information est indispensable si vous voulez bénéficier des mesures 2.2 et 2.3.

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

Les pièces justificatives suivantes ne sont pas acceptées :

- Les relevés de note ;
- Les attestations de fréquentation ;
- Le certificat d'enseignement secondaire supérieur (CESS) ;
- Les attestations de réussite non authentifiées (sans cachet de l'établissement scolaire, sans signature du responsable de l'établissement).

ATTENTION :

Les documents originaux fournis dans le cadre de cette demande ne seront pas restitués. Par conséquent, veuillez envoyer des copies sauf lorsqu'il est explicitement mentionné que l'original doit être communiqué.

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

Veuillez envoyer le présent formulaire et les pièces justificatives 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 des soins de santé mentale'
Commission d'agrément pour les praticiens de l'art infirmier - Section aides-soignants
Rue Adolphe Lavallée 1-1080 Bruxelles