

## ANNEXE



service public fédéral  
SANTÉ PUBLIQUE,  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

DIRECTION GÉNÉRALE  
SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES & GESTION DE CRISE  
Commission d'agrément du Conseil National de l'Art Infirmier  
EUROSTATION II – Place Victor Horta 40, boîte 10 - 1060 Bruxelles  
Tél. : 02/524.97.97

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'UN TITRE PROFESSIONNEL PARTICULIER  
OU D'UNE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE PARTICULIÈRE  
POUR LES PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER**

**A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR (en lettres majuscules s.v.p.)**

**JE DEMANDE UN AGRÈMENT POUR LE TITRE PROFESSIONNEL PARTICULIER SUIVANT :**

.....  
(Titre professionnel particulier)

**JE DEMANDE UN AGRÈMENT POUR LA QUALIFICATION PROFESSIONNELLE PARTICULIÈRE SUIVANTE :**

.....  
(Qualification professionnelle particulière)

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR							
Nom <sup>1</sup> :				Prénoms :			
Adresse :					N°:		Boîte :
Code postal :		Commune:					
Pays :							
Téléphone :					Fax:		
E-mail :							
Sexe :	Homme: <input type="checkbox"/>	Femme: <input type="checkbox"/>	Nationalité :		Langue :		
Pays et lieu de naissance:					Date de naissance:	/	/
N° Registre national:	-----			N°BIS :	-----		

<sup>1</sup> Utilisez uniquement le nom mentionné sur votre carte d'identité.

**ADRESSE POSTALE.** (à remplir si celle-ci diffère de l'adresse habituelle.)

<b>Adresse:</b>		<b>N°:</b>		<b>Boîte:</b>	
<b>Code postal:</b>		<b>Commune:</b>			
<b>Pays:</b>					
<b>Téléphone:</b>		<b>Fax:</b>			
<b>E-mail:</b>					

**2. FORMATION DE BASE SUIVIE**

<b>TYPE</b>	<b>Date du diplôme</b>	<b>N° Visa commission médicale</b>
Infirmier breveté		
Diplôme d'infirmier gradué / Bachelier en soins infirmiers		
Diplôme d'accoucheuse ou de sage-femme / Bachelier - accoucheuse		
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:**

<b>Nom:</b>					
<b>Adresse:</b>		<b>N°:</b>		<b>Boîte:</b>	
<b>Code postal:</b>		<b>Commune:</b>			
<b>Pays:</b>					
<b>Téléphone :</b>		<b>Fax:</b>			

**3. FORMATION COMPLEMENTAIRE OU SPECIALISATION****DÉNOMINATION DE LA FORMATION COMPLEMENTAIRE OU SPECIALISATION SUIVIE***Une seule spécialisation par demande*

FORMATION SUIVIE du ... / ... / ... au ... / ... / ...

**NOMBRE TOTAL D'HEURES DE LA FORMATION COMPLEMENTAIRE OU SPÉCIALISATION SUIVIE (théorie et pratique):**

<b>HEURES :</b>		<b>CREDITS ECTS :</b>	
-----------------	--	-----------------------	--

**NOM DE L'INSTITUTION OÙ VOUS AVEZ SUIVI CETTE FORMATION:**

<b>Nom:</b>							
<b>Adresse:</b>				<b>N°:</b>		<b>Boîte:</b>	
<b>Code postal:</b>		<b>Commune:</b>					
<b>Pays:</b>							
<b>Téléphone:</b>				<b>Fax:</b>			

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 :**

<b>INSTITUTION + N° AGREMENT INST.</b>	<b>SERVICE (dans lequel vous avez presté)</b>	<b>PERIODE (début et fin)</b>	<b>Nombres d'heures ETP</b>

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

Envoyez le présent formulaire et les pièces justificatives au:

**SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA  
CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**  
**DIRECTION GENERALE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET GESTION DE CRISE**  
**Commission d'agrément du Conseil National de l'Art Infirmier**  
**EUROSTATION II – Place Victor Horta, 40, Bte 10 - 1060 Bruxelles**

-----

**Date:**

**Prénom + nom:**

**Signature:**

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 21 april 2007 tot vaststelling van de erkenningsprocedure waarbij beoefenaars van de verpleegkundige ertoe gemachtigd worden een bijzondere beroepstitel te dragen of zich op een bijzondere beroepsbekwaamheid te beroepen.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

R. DEMOTTE