

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENREGISTREMENT COMME AIDE-SOIGNANT AUPRÈS  
DE LA COMMISSION D'AGRÈMENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER**

**À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR (en caractères d'imprimerie s.v.p.)**

(\*) Remplir obligatoirement       Marquer d'une croix ce qui convient.

<input type="checkbox"/>	<b>1. ENREGISTREMENT DÉFINITIF (pas sur base de mesures transitoires) :</b> <input type="checkbox"/> Vous possédez un certificat de réussite de la 1 <sup>ère</sup> année de l'art infirmier. <i>ou</i> <input type="checkbox"/> Vous possédez un certificat d'aide-soignant.
<input type="checkbox"/>	<b>2. ENREGISTREMENT DÉFINITIF, BÉNÉFICIAIRE DES MESURES TRANSITOIRES :</b> <input type="checkbox"/> Vous étiez employé le 13/02/2006 comme personnel soignant dans un établissement de soins <b>ET</b> <input type="checkbox"/> Vous possédez un diplôme/certificat mentionné à l'annexe I. <i>Ou</i> <input type="checkbox"/> Vous pouvez présenter la preuve d'au moins 5 ans (ETP) d'activité dans le domaine des soins aux personnes.
<input type="checkbox"/>	<b>3. ENREGISTREMENT PROVISOIRE, BÉNÉFICIAIRE DES MESURES TRANSITOIRES :</b> <input type="checkbox"/> Vous faites votre demande avant le 31/12/2008 et <input type="checkbox"/> Vous étiez employé le 13/02/2006 comme personnel soignant dans un établissement de soins. <i>Ou</i> <input type="checkbox"/> Vous possédez un diplôme mentionné à l'annexe I <b>ET</b> vous êtes employé au plus tard le 31/12/2008 comme personnel soignant dans un établissement de soins.

**1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

(*) Nom <sup>1</sup> :							
(*) Prénoms :							
(*) Adresse :				(*) N° :		Bte :	
(*) Code postal :		(*) Commune :					
Pays :							
Téléphone :			GSM :				
E-mail :			Fax :				

**Veillez joindre une copie de votre carte d'identité (face avant et arrière)**

<sup>1</sup> Uniquement le nom qui figure sur votre carte d'identité

(*) Sexe :	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	(*) Nationalité :		(*) Langue :	
(*) Pays et lieu de naissance :					(*) Date de naissance :	/ /
(*) Numéro de registre national :	-- • -- • -- - --		N° BIS :	-- - - - - - - - -		

**ADRESSE DE CONTACT** (à compléter si elle diffère de l'adresse habituelle)

Adresse :			N° :		Bte :	
Code postal :		Commune :				
Pays :						
Téléphone :			Fax :			

**2. FORMATION** (voir annexe : formations/diplômes)

FORMATION/DIPLOME	DATE du diplôme/certificat

**Veillez joindre ici les pièces justificatives nécessaires (copie du diplôme, brevet ou certificat)**

**3. EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE DANS LE DOMAINE DES SOINS<sup>2</sup> :**

ÉTABLISSEMENT + NUMÉRO D'AGRÉMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	SERVICE (où vous avez travaillé)	PÉRIODE	
		DÉBUT	FIN

**ÉTABLISSEMENT OÙ VOUS TRAVAILLIEZ, au 13 février 2006**

Nom :							
Type d'établissement :							
N° d'agrément de l'établissement :							
Adresse :				N° :		Bte :	
Code postal :		Commune :					
Pays :							
Téléphone :				Fax :			
<b>Veillez joindre ici les pièces justificatives nécessaires (attestation de l'employeur)</b>							

<sup>2</sup> Cette information est indispensable si vous voulez bénéficier des mesures transitoires.

Veillez renvoyer le présent formulaire et les pièces justificatives  
à l'adresse suivante :

**SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET  
ENVIRONNEMENT**  
DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET GESTION DE CRISE  
**Commission d'agrément du Conseil national de l'art infirmier**  
EUROSTATION II – Place Victor Horta 40, boîte 10 - 1060 Bruxelles  
-----

(\*) **Date :**

---

(\*) **Prénom + Nom :**

---

**Je déclare que les informations contenues dans le présent formulaire sont exactes.**

(\*) **Signature :**

---

# ENREGISTREMENT DES AIDES-SOIGNANTS

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION !**

N° DE DOSSIER

DEMANDE RÉCEPTIONNÉE LE :

N°	
----	--

DATE : (JJ/MM/AAAA)	
------------------------	--

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Prénoms :		Nom :	
Sexe :	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	

AVIS DE LA COMMISSION D'AGRÈMENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER

<input type="checkbox"/> POSITIF		
SIGNATURE	SIGNATURE	SIGNATURE
DATE : (JJ/MM/AAAA)		
<b>N° D'ENREGISTREMENT :</b>		

<input type="checkbox"/> NÉGATIF		
Motivation :		
SIGNATURE	SIGNATURE	SIGNATURE
DATE : (JJ/MM/AAAA)		

Vu pour être annexé à la circulaire du 8 novembre 2006 relative aux arrêtés royaux du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant et fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes

Rudy Demotte  
Ministre de la Santé publique