



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
PROVENCE-ALPES-  
CÔTE D'AZUR**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction régionale de l'économie, de l'emploi,  
du travail et des solidarités**

# DOSSIER

DEMANDE D'AUTORISATION  
D'EXERCICE EN FRANCE DES  
PROFESSIONS PARAMÉDICALES

**PROCÉDURE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE EN FRANCE  
D'UNE PROFESSION PARAMÉDICALE**

1. Constituer et déposer un dossier de demande d'autorisation d'exercice	2. Accusé de réception et vérification de la complétude du dossier	3. Étude du dossier par la commission et notification de la décision au candidat.	4. Dans le cas où la commission statue sur des mesures compensatoires	5. Dans le cas où la commission statue sur une autorisation d'exercice
<p><b>1.1.</b> <u>Constituer le dossier de demander d'autorisation d'exercice d'une profession paramédicale</u> :</p> <p>Le dossier de demande d'autorisation d'exercice doit comporter un certain nombre de pièces justificatives disponibles sur le site internet de la DREETS PACA.</p> <p><b>1.2.</b> <u>Le dossier de demande d'autorisation d'exercice doit être déposé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sous format numérique, par le biais du service "France transfert" pour toutes les professions.</li> </ul>	<p><b>2.1.</b> <u>Accusé de réception du dossier</u> :</p> <p>La DREETS PACA accuse réception du dossier de demande d'autorisation d'exercice par courriel.</p> <p><b>2.2.</b> <u>Vérification de la complétude du dossier</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si le dossier est incomplet, la DREETS PACA informe le candidat des pièces manquantes.</li> <li>Si le dossier est complet, la DREETS PACA informe le candidat de la date de passage de son dossier en commission.</li> </ul>	<p><b>3.1.</b> <u>Les dossiers de demande d'autorisation d'exercice sont étudiés par la CRAE compétente. Plusieurs décisions sont possibles</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Autorisation d'exercice accordée ;</li> <li>Refus de l'autorisation d'exercice : le candidat ne peut pas exercer la profession sur le territoire français.</li> <li>Sursis à statuer : demande de pièces justificatives ou d'informations complémentaires ;</li> <li>Mesures compensatoires : le candidat a le choix entre soit la réalisation d'une épreuve d'aptitude (écrite ou orale), soit la réalisation d'un stage d'adaptation.</li> </ul> <p><b>3.2.</b> A la suite de la commission, les candidats sont informés par courriel de la décision de la commission. Aucune décision n'est communiquée par téléphone.</p> <p><b>3.3.</b> Les courriers de décision sont envoyés aux candidats par courriel au plus tard 15 jours après la date de la commission.</p>	<p><b>4.1.</b> Le candidat dispose d'un délai de 2 mois, à compter de la date de notification de la décision, pour indiquer son choix entre l'épreuve d'aptitude et le stage d'adaptation.</p> <p><b>4.2.</b> <u>Si le candidat choisit l'épreuve d'aptitude</u> : une convocation lui sera envoyée dans laquelle sont mentionnés la nature (écrite ou orale), le lieu, la date, l'heure, la durée et les matières de l'épreuve.</p> <p><u>En cas de réussite à l'épreuve d'aptitude</u> : une autorisation d'exercice est délivrée au candidat.</p> <p><u>En cas d'échec à l'épreuve d'aptitude</u> : le candidat reçoit un courrier de refus.</p> <p><b>4.3.</b> <u>Si le candidat choisit le stage d'adaptation</u> : la DREETS PACA lui transmettra l'ensemble des documents et informations nécessaires à la réalisation de son stage d'adaptation.</p> <p>A la fin de son stage d'adaptation, le dossier du candidat sera de nouveau étudié par la commission. La commission étudiera les appréciations et l'évaluation des compétences du candidat et déterminera si une autorisation d'exercice peut lui être délivrée.</p>	<p><b>5.1.</b> L'autorisation d'exercice permet au candidat d'exercer la profession sur l'ensemble du territoire français.</p> <p><b>5.2.</b> Dès réception de son autorisation d'exercice, le candidat doit s'enregistrer auprès de l'ARS compétente dans le département dans lequel il réside.</p> <p><u>Cas particuliers</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les infirmiers qui doivent s'enregistrer auprès de l'ordre professionnel des infirmiers.</li> <li>Les Masseurs-kinésithérapeutes doivent s'enregistrer auprès de l'ordre professionnel des masseurs-kinésithérapeutes.</li> </ul>





## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE

### 1. PROFESSION

<input type="checkbox"/> Aide-soignant	<input type="checkbox"/> Infirmier puériculteur
<input type="checkbox"/> Audioprothésiste	<input type="checkbox"/> Masseur-Kinésithérapeute
<input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture	<input type="checkbox"/> Orthophoniste
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Pédicure-Podologue
<input type="checkbox"/> Infirmier en soins généraux	<input type="checkbox"/> Manipulateur d'électroradiologie médicale
<input type="checkbox"/> Infirmier anesthésiste	<input type="checkbox"/> Psychomotricien
<input type="checkbox"/> Infirmier de bloc opératoire	

→ Vous êtes de nationalité communautaire titulaire d'un titre de formation requis pour l'exercice de la profession précitée dans un Etat, membre ou partie, qui en régit l'accès ou son exercice.

→ Vous êtes de nationalité communautaire justifiant d'un exercice professionnel dans un Etat, membre ou partie, qui ne régit pas l'accès à la profession précitée ou son exercice.

→ Vous êtes de nationalité communautaire titulaire d'un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu par un Etat, membre ou partie, autre que la France.

→ Vous êtes de nationalité extra-communautaire titulaire d'un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu par un Etat, membre ou partie, autre que la France.

Sauf la pièce d'identité, toutes les pièces doivent être rédigées en langue française ou traduites par un traducteur agréé auprès des tribunaux français.

Les dossiers complets doivent être envoyés, en un seul envoi et en un seul fichier PDF, à la DREETS PACA par le biais du service « France transfert » : <https://francetransfert.numerique.gouv.fr/upload> à l'adresse mail suivante : [dreets-paca.secretariat-crae@dreets.gouv.fr](mailto:dreets-paca.secretariat-crae@dreets.gouv.fr)

**ATTENTION ! Tout dossier incomplet ne sera pas traité**

## 2. ÉTAT CIVIL

<b>Civilité :</b>	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<b>Prénom :</b>	
<b>Autres prénoms :</b>		<b>NOM de famille :</b>	
<b>NOM d'épouse</b>		<b>NOM d'usage :</b>	
<b>Date de naissance :</b>		<b>Ville de naissance :</b>	
<b>Pays de naissance :</b>		<b>Nationalité :</b>	

## 3. COORDONNÉES

<b>Adresse personnelle :</b>			
<b>Code postal :</b>		<b>Ville :</b>	
<b>N° de téléphone :</b>		<b>Adresse mail :</b>	

## 4. DIPLÔME DE LA PROFESSION CONSIDÉRÉE

<b>Intitulé du diplôme :</b>			
<b>Date d'obtention du diplôme (JJ/MM/AAAA) :</b>		<b>Pays d'obtention du diplôme :</b>	
<b>Établissement de formation ayant délivré le diplôme</b>			
<b>Le cas échéant, pays de reconnaissance du diplôme par un Etat, membre ou partie :</b>			
<b>Le cas échéant, date de reconnaissance du diplôme par un Etat, membre ou partie :</b>			

## 5. AUTRES DIPLÔMES OBTENUS

PAYS D'OBTENTION	INTITULÉ DU DIPLÔME	DATE D'OBTENTION DU DIPLÔME	LIEU DE FORMATION

**6. EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES – FONCTIONS EXERCÉES À L'ÉTRANGER DANS UN ÉTAT MEMBRE OU PARTIE LIÉ À LA PROFESSION (HORS STAGES)**

→ Fournir les justificatifs (attestations employeurs mentionnant le poste occupé, les dates d'entrée et de sortie dans l'entreprise ainsi que le temps de travail).

<b>NATURE DE L'EMPLOI OCCUPÉ - POSTE</b>	<b>LIEU ET PAYS</b>	<b>PÉRIODE DATE DE DÉBUT ET DE FIN</b>

## 7. PROJETS PROFESSIONNELS ÉVENTUELS (FACULTATIF)

Formulaire à retourner dûment complété, daté et signé au secrétariat de la commission compétente pour l'examen de votre demande.

Fait à.....

Le.....

Signature du demandeur :



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
PROVENCE-ALPES-  
CÔTE D'AZUR**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction régionale de l'économie, de l'emploi,  
du travail et des solidarités**

# LISTE DES PIÈCES À FOURNIR





## **LISTE DES PIÈCES À FOURNIR**

### **1. POUR TOUS LES CANDIDATS**

Un formulaire de demande d'autorisation d'exercice de la profession, figurant en annexe, dûment complété et faisant apparaître, le cas échéant, pour les infirmiers, la spécialité dans laquelle le candidat dépose sa demande.

Une déclaration sur l'honneur dûment signée par le candidat de ne pas avoir déposé une demande d'autorisation d'exercice similaire dans d'autres régions (**Cf ; Annexe n°1**).

Une photocopie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité à la date de dépôt du dossier ;

Une copie du titre de formation permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention ainsi que, le cas échéant, pour les infirmiers, une copie du titre de formation de spécialiste (document non traduit + traduit en français par un traducteur agréé).

Le cas échéant, une copie des diplômes complémentaires (documents non traduits + traduits en français par un traducteur agréé).

Toutes pièces utiles justifiant des formations continues, de l'expérience et des compétences acquises au cours de l'exercice professionnel dans un Etat, membre ou partie, ou dans un Etat tiers (documents non traduits + traduits en français par un traducteur agréé).

Une déclaration de l'autorité compétente de l'Etat, membre ou partie, d'établissement, datant de moins d'un an, attestant de l'absence de sanctions (document non traduit + traduit en français par un traducteur agréé) :

- Si la profession est organisée en ordre professionnel : Attestation d'absence de sanction, datant de moins d'un an à la date de dépôt du dossier, délivrée par l'ordre concerné (document non traduit + traduit en français par un traducteur agréé) ;
- Si le candidat est salarié : Attestation d'absence de sanction, datant de moins d'un an à la date de dépôt du dossier, délivrée par l'employeur (document non traduit + traduit en français par un traducteur agréé) ;
- Si le candidat n'a pas encore d'expérience professionnelle : Attestation d'absence de sanction, datant de moins d'un an à la date de dépôt du dossier, délivrée par l'établissement de formation (document non traduit + traduit en français par un traducteur agréé) ;
- Autres cas : Extrait de casier judiciaire ou document équivalent du pays dans lequel vous résidez, datant de moins de 3 mois à la date de dépôt du dossier (document non traduit + traduit en français par un traducteur agréé).

Une copie des attestations des autorités ayant délivré le titre de formation, spécifiant le niveau de la formation et, année par année, le détail et le volume horaire des enseignements (documents non traduits + traduits en français par un traducteur agréé).

Le tableau récapitulatif des stages réalisés au cours de la formation complété, tamponné, daté et signé par l'établissement de formation sur chaque page :

- Les aides-soignants doivent compléter **l'annexe n°2** ;
- Les audioprothésistes doivent compléter **l'annexe n°3** ;
- Les ergothérapeutes doivent compléter **l'annexe n°4** ;
- Les orthophonistes doivent compléter **l'annexe n°5** ;
- Les manipulateurs d'électroradiologie médicale doivent compléter **l'annexe n°6** ;
- Les masseur-Kinésithérapeutes doivent compléter **l'annexe n°7** ;
- Pour les autres professions, les candidats doivent compléter **l'annexe n°8**.

Le dernier compte rendu de l'entretien professionnel/évaluation professionnelle du dernier employeur (documents non traduits + traduits en français par un traducteur agréé).

## 2. EN COMPLÉMENT

### 2.1. Pour la profession d'aide-soignant :

Grille des actes à connaître complétée, datée et signée par l'établissement de formation (Cf. Annexe n°9).

### 2.2. Si le candidat réside à l'étranger ou dans une autre région :

Un courrier précisant le projet d'installation en région PACA.

### 2.3. Si le candidat a obtenu un titre de formation dans un pays membre de l'UE, de l'EEE, de la suisse qui réglemente la formation et l'accès à l'exercice de la profession :

Une attestation nominative de conformité du titre de formation, permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention, à l'article 11 de la directive 2005/36/CE du ministère de tutelle de l'établissement de formation (document non traduit + traduit en français par un traducteur agréé).

Base de données des professions réglementées :

<https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/professions/generic>

### 2.4. Si le candidat a obtenu un titre de formation dans un pays membre de l'UE, de l'EEE, de la suisse qui ne réglemente pas la formation et l'accès à l'exercice de la profession :

Toutes pièces (documents non traduits + traduits en français par un traducteur agréé) utiles justifiant qu'il a exercé dans cet Etat (qui ne réglemente pas la formation, l'accès à l'exercice de la profession), à temps plein pendant un an au cours des dix dernières années ou à temps partiel pendant une durée correspondante au cours de la même période, la profession pour laquelle il demande l'autorisation.

Base de données des professions réglementées :

<https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/professions/generic>

Ces pièces ne sont pas à fournir lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée.

**2.5. Si le candidat est titulaire d'un titre de formation délivré par un Etat tiers (Hors UE, EEE et Suisse) et reconnu dans un Etat, membre ou partie de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse, autre que la France, permettant d'y exercer la profession :**

La reconnaissance du titre de formation et, le cas échéant, pour les infirmiers, du titre de formation de spécialiste, établie par les autorités de l'Etat, membre ou partie, ayant reconnu ces titres (documents non traduits + traduits en français par un traducteur agréé). Cette reconnaissance doit permettre au bénéficiaire d'y exercer sa profession.

Toutes pièces utiles justifiant qu'il a exercé la profession pendant trois ans à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente dans cet Etat (membre de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse, autre que la France qui a reconnu le titre de formation) (documents non traduits + traduits en français par un traducteur agréé).

### **3. CAS PARTICULIERS**

#### **3.1. Infirmiers :**

- **Dans un 1<sup>er</sup> temps :** Si votre diplôme d'infirmier en soins généraux obtenu figure dans la liste des diplômes référencés dans l'arrêté du 10 Juin 2004, vous pouvez bénéficier d'une reconnaissance automatique de votre diplôme. Vous devez donc contacter le Conseil de l'Ordre des infirmiers, pour obtenir la reconnaissance de votre diplôme, à l'adresse suivante : [pacacorse@ordre-infirmiers.fr](mailto:pacacorse@ordre-infirmiers.fr)

L'ordre des infirmiers vous communiquera les démarches à effectuer.

- **Dans un 2<sup>ème</sup> temps :** Si vous ne remplissez pas les conditions ci-dessus ou si le conseil de l'ordre des infirmiers a refusé votre demande, vous devez constituer un dossier de demande d'autorisation d'exercice de la profession d'infirmier auprès de la DREETS PACA. Vous trouverez sur notre site internet, l'ensemble des pièces à fournir : <https://paca.dreets.gouv.fr/Dans-les-metiers-paramedicaux>

**Attention :** Vous ne pouvez pas adresser simultanément votre demande à ces deux organismes. En aucun cas, vous ne pouvez travailler sans avoir validé l'une ou l'autre de ces solutions.

#### **3.2. Qualifications britanniques :**

- **1<sup>er</sup> cas :** Une **qualification britannique obtenue avant le 31/12/2020** a été délivrée alors que le Royaume-Uni était un Etat membre de l'UE (jusqu'au 31/01/2020) ou pendant la période de transition durant laquelle le droit de l'Union européenne était applicable (jusqu'au 31/12/2020).

Dans ce cas, il s'agit d'une **qualification acquise dans un Etat membre** pour l'application de la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

- **2<sup>ème</sup> cas :** Une **qualification britannique obtenue après le 31/12/2020** est une qualification délivrée par un Etat tiers à l'Union européenne, elle **ne peut donc pas être reconnue sous la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.**

Un Etat membre peut reconnaître des qualifications professionnelles acquises dans un Etat tiers en vertu de son droit national, dans le respect des conditions minimales de formation. Une qualification d'Etat tiers reconnue par un Etat membre sera assimilée dès lors que son titulaire aura, dans la profession concernée, une expérience professionnelle de trois ans sur le territoire de l'Etat membre qui a reconnu ladite qualification conformément à son droit national.

### 3.3. Bachelier en psychomotricité obtenu en Belgique :

En Belgique l'activité de psychomotricien recouvre deux types d'activités : des activités pédagogiques d'une part, et des activités thérapeutiques d'autre part. L'accès aux activités thérapeutiques de psychomotricien en Belgique est réservé aux professionnels de santé et requiert donc la possession de qualifications déterminées.

De ce fait, les personnes titulaires du seul diplôme de bachelier en psychomotricité ne peuvent qu'exercer des activités pédagogiques de psychomotricité.

En France, en revanche la profession de psychomotricien recouvre exclusivement des activités thérapeutiques. C'est une profession réglementée par le Code de la santé publique (articles L 4332-1 à L 4332-7, L 4333-1 et 2 et L 4334-1 et 2 + arrêté du 7 avril 1998 modifié). Or, ainsi qu'il a été indiqué plus haut, les personnes titulaires du seul diplôme belge de bachelier en psychomotricité ne peuvent exercer que des activités pédagogiques.

Dès lors, l'article 13 de la directive 2005/36/CE ne permet pas aux titulaires de ce seul diplôme d'obtenir la reconnaissance de leurs qualifications professionnelles pour exercer la profession de psychomotricien en France.

En conséquence, nous ne pouvons considérer comme recevable une demande d'autorisation d'exercice en France de la profession de psychomotricien pour les seuls titulaires du diplôme de Bachelier en psychomotricité belge, sauf :

- Si le candidat est professionnel de santé d'une autre profession ;
- Si le candidat a acquis une expérience professionnelle dans la profession telle que réglementée en France.



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
PROVENCE-ALPES-  
CÔTE D'AZUR**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction régionale de l'économie, de l'emploi,  
du travail et des solidarités**

# ANNEXES

# ANNEXE N°1 - ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)  
[Prénom] [Nom]

Demeurant  
[Adresse]  
[Code postal] [Commune]

atteste sur l'honneur que je n'ai pas déposé de demandes similaires dans d'autres régions.

**En cas de fraude ou de fausse déclaration, les dispositions pénales applicables sont l'article 441-6 du code pénal :**

*Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.*

*Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu.*

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

A [Commune], le [Date]

[Signez ici]

[Prénom] [Nom]

## ANNEXE N°2 – TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION

PROFESSION : AIDE-SOIGNANT UNIQUEMENT

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT			
PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
DOMAINES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
MÉDECINE (1/5)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
DOMAINES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
CHIRURGIE (2/5)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		



**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
DOMAINES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
SERVICE DE MOYEN OU LONG SEJOUR : PERSONNES AGÉES OU HANDICAPÉES (3/5)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT**

<b>PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT</b>			
<b>DOMAINES</b>	<b>ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS</b>	<b>DATES ET HEURES EFFECTUÉES</b>	<b>TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE</b>
<p>SANTE MENTALE OU PSYCHIATRIE (4/5)</p>	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
DOMAINES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
SECTEUR EXTRA HOSPITALIER (5/5)	<p><u>Établissement :</u></p> <p><u>Adresse de l'établissement :</u></p> <p><u>Maitre de stage :</u></p> <p><u>Âge des patients :</u></p> <p><u>Contenu et actes pratiqués :</u></p>		

## ANNEXE N° 3 – TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION

PROFESSION : AUDIOPROTHÉSISTE UNIQUEMENT

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'AUDIOPROTHÉSISTE			
PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
LIEUX DU STAGE	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
SERVICE ORL D'UN CENTRE HOSPITALIER OU D'UNE CLINIQUE (1/4)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'AUDIOPROTHÉSISTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
LIEUX DU STAGE	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
CHEZ UN FABRICANT (2/4)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'AUDIOPROTHÉSISTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
LIEUX DU STAGE	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
<p>CHEZ UN AUDIOPROTHÉSISTE (3/4)</p>	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'AUDIOPROTHÉSISTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
LIEUX DU STAGE	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
<p>DANS UN SERVICE DE GÉRONTOLOGIE (4/4)</p>	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

## ANNEXE N° 4 - TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION

PROFESSION : ERGOTHÉRAPEUTE UNIQUEMENT

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ERGOTHÉRAPEUTE			
PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
DOMAINES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTIFICATEUR DU SIGNATAIRE
SANTÉ MENTALE (1/3)	<p><u>Établissement :</u></p> <p><u>Adresse de l'établissement :</u></p> <p><u>Maitre de stage :</u></p> <p><u>Nature de l'établissement - Préciser également s'il s'agit de gériopsychiatrie, de pédopsychiatrie, de psychiatrie adulte, d'un secteur hospitalier ou d'un secteur privé :</u></p> <p><u>Age moyen des patients (ou fourchette d'âge) :</u></p> <p><u>Activités pratiquées et compétences développées (en lien avec les annexes des référentiels activité et compétences de l'arrêté du 05/07/2010) :</u></p>		



**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ERGOTHÉRAPEUTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
DOMAINES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
LIEUX DE VIE (2/3)	<p><u>Établissement :</u></p> <p><u>Adresse de l'établissement :</u></p> <p><u>Maitre de stage :</u></p> <p><u>Nature de l'établissement - Préciser également s'il s'agit de gériopsychiatrie, de pédopsychiatrie, de psychiatrie adulte, d'un secteur hospitalier ou d'un secteur privé :</u></p> <p><u>Age moyen des patients (ou fourchette d'âge) :</u></p> <p><u>Activités pratiquées et compétences développées (en lien avec les annexes des référentiels activité et compétences de l'arrêté du 05/07/2010) :</u></p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ERGOTHÉRAPEUTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
DOMAINES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTIFICATEUR DU SIGNATAIRE
SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (3/3)	<p><u>Établissement :</u></p> <p><u>Adresse de l'établissement :</u></p> <p><u>Maitre de stage :</u></p> <p><u>Nature de l'établissement - Préciser également s'il s'agit de gériopsychiatrie, de pédopsychiatrie, de psychiatrie adulte, d'un secteur hospitalier ou d'un secteur privé :</u></p> <p><u>Age moyen des patients (ou fourchette d'âge) :</u></p> <p><u>Activités pratiquées et compétences développées (en lien avec les annexes des référentiels activité et compétences de l'arrêté du 05/07/2010) :</u></p>		

## ANNEXE N° 5 - TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION

PROFESSION : ORTHOPHONISTE UNIQUEMENT

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ORTHOPHONISTE			
PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTIFICATEUR DU SIGNATAIRE
LANGAGE ORAL (1/9)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Pathologies rencontrées</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ORTHOPHONISTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
LANGAGE ECRIT (2/9)	<p><u>Établissement :</u></p> <p><u>Adresse de l'établissement :</u></p> <p><u>Maitre de stage :</u></p> <p><u>Pathologies rencontrées :</u></p> <p><u>Âge des patients :</u></p> <p><u>Contenu et actes pratiqués :</u></p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ORTHOPHONISTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
COGNITION MATHÉMATIQUE (3/9)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Pathologies rencontrées</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ORTHOPHONISTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
SURDITÉ (4/9)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Pathologies rencontrées</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ORTHOPHONISTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
ORALITE / FONCTIONS ORO- MYO-FACIALES (5/9)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Pathologies rencontrées</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ORTHOPHONISTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
PHONATION FLUENCE (6/9)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Pathologies rencontrées</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		



**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ORTHOPHONISTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
APHASIOLOGIE / TROUBLES COGNITIVO LINGUISTIQUES (7/9)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Pathologies rencontrées</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ORTHOPHONISTE**

<b>PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT</b>			
<b>PATHOLOGIES</b>	<b>ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS</b>	<b>DATES ET HEURES EFFECTUÉES</b>	<b>TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE</b>
PATHOLOGIES NEURO- DEGENERATIVES / DYSARTHRIES (8/9)	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Pathologies rencontrées</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION D'ORTHOPHONISTE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
<p>HANDICAP (IMC, MALADIES GENETIQUES, AUTISME, TED) (9/9)</p>	<p><u>Établissement</u> :</p> <p><u>Adresse de l'établissement</u> :</p> <p><u>Maitre de stage</u> :</p> <p><u>Pathologies rencontrées</u> :</p> <p><u>Âge des patients</u> :</p> <p><u>Contenu et actes pratiqués</u> :</p>		

**ANNEXE N°6 – TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION**  
**PROFESSION : MANIPULATEUR D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE UNIQUEMENT**

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION DE MANIPULATEUR D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE			
PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
ÉLECTROPHYSIOLOGIE (1/8)	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		
RADIOTHÉRAPIE (2/8)	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION DE MANIPULATEUR D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
MÉDECINE NUCLÉAIRE (3/8)	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		
SCANNER (4/8)	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION DE MANIPULATEUR D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
I.R.M (5/8)	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		
IMAGERIE ET PROJECTION (6/8)	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION DE MANIPULATEUR D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
PATHOLOGIES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
RADIOLOGIE VASCULAIRE ET INTERVENTIONNELLE (7/8)	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		
SOINS INFIRMIERS (8/8)	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		





**ANNEXE N°8 – TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION  
AUTRES PROFESSIONS**

<b>TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION</b>			
<b>PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT</b>			
<b>DOMAINES</b>	<b>ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS</b>	<b>DATES ET HEURES EFFECTUÉES</b>	<b>TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE</b>
	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		
	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STAGES RÉALISÉS AU COURS DE LA FORMATION**

PRÉNOM ET NOM DU CANDIDAT			
DOMAINES	ÉTABLISSEMENT ET CONTENU DES ACTES PRATIQUÉS	DATES ET HEURES EFFECTUÉES	TAMPON DE L'ÉCOLE DATE, SIGNATURE ET TAMPON AUTHENTICATEUR DU SIGNATAIRE
	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		
	<u>Établissement :</u>  <u>Adresse de l'établissement :</u>  <u>Maitre de stage :</u>  <u>Contenu et actes pratiqués :</u>		

## ANNEXE N°9 - ATTESTATION À FAIRE COMPLÉTER PAR VOTRE ÉTABLISSEMENT DE FORMATION

**PROFESSION : AIDE-SOIGNANT UNIQUEMENT**

Je soussigné(e) **directeur/directrice** de l'établissement de formation (*nom, adresse*)  
certifie que **Monsieur/ Madame** (*nom, prénom*)  
a été formé(e) au cours de son cursus aux actes énumérés ci-dessous, et en a la maîtrise

ACTES À CONNAITRE	OUI	NON
Réalisation d'aspiration endo-trachéale sur orifice trachéal cicatrisé et non inflammatoire		
Pose de suppositoire pour l'aide à l'élimination		
Application de crème et de pommade		
Lecture instantanée de données biologiques urinaires		
Changement de lunette à oxygène avec tubulure sans intervention sur le débitmètre		
Participation à l'animation d'un groupe à visée thérapeutique		
Surveillance d'une personne sous moniteur à prise de constantes directes et automatiques		
Lavage oculaire et instillation de collyre		
Recueil de la saturation en oxygène		
Calcul de l'IMC à l'aide d'un outil paramétré		
Pose et changement de masque pour l'aide à la respiration en situation stable chronique		
Renouvellement de poche et de support de colostomie si cicatrisée		
Recueil de glycémie par captation capillaire ou par lecture instantanée transdermique		
Renouvellement de collecteur externe non stérile		
Recueil aseptique des urines hors sonde urinaire		
Surveillance d'une personne sous moniteur à prise de constants directes et automatiques		

Fait à.....,le.....

<b>Signature</b> Nom, prénom et qualité du signataire	Tampon de l'établissement de formation/école