



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
HAUTS-DE-FRANCE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

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

**Cachet Date d'arrivée DREETS :**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
--------------	-----------------

Vous souhaitez exercer dans la **région Hauts-de-France** (départements du Nord (59), du Pas-de-Calais (62), de l'Aisne (02), de l'Oise (60) ou de la somme (80)).

## **FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE**

**Profession pour laquelle vous souhaitez obtenir une autorisation d'exercice, cochez la case correspondante :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AIDE-SOIGNANT                         | <input type="checkbox"/> MASSEUR-KINESITHERAPEUTE                                      |
| <input type="checkbox"/> AMBULANCIER                           | <input type="checkbox"/> OPTICIEN-LUNETIER   |
| <input type="checkbox"/> AUDIOPROTHESISTE                      | <input type="checkbox"/> ORTHOPHONISTE   |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAIRE DE PUERICULTURE            | <input type="checkbox"/> ORTHOPTISTE   |
| <input type="checkbox"/> CONSEILLER EN GENETIQUE               | <input type="checkbox"/> PEDICURE-PODOLOGUE  |
| <input type="checkbox"/> DIETETICIEN                           | <input type="checkbox"/> PREPARATEUR EN PHARMACIE                                      |
| <input type="checkbox"/> ERGOTHERAPEUTE                        | <input type="checkbox"/> PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE                         |
| <input type="checkbox"/> INFIRMIER EN SOINS GENERAUX           | <input type="checkbox"/> PSYCHOMOTRICIEN   |
| <b>ET SPECIALISE :</b>   | <input type="checkbox"/> RADIOPHYSICIEN MEDICAL  |
| <input type="checkbox"/> INFIRMIER(E) ANESTHESISTE             | <input type="checkbox"/> TECHNICIEN DE LABORATOIRE                                     |
| <input type="checkbox"/> INFIRMIER (E) DE BLOC OPERATOIRE      | <b>PROFESSIONS DE L'APPAREILLAGE :</b>   |
| <input type="checkbox"/> INFIRMIER(E) PUERICULTRICE            | <input type="checkbox"/> orthoprothésiste, <input type="checkbox"/> podo-orthésiste,   |
| <input type="checkbox"/> MANIPULATEUR EN ELECTROLOGIE MEDICALE | <input type="checkbox"/> orthopédiste-orthésiste, <input type="checkbox"/> oculariste, |
|  | <input type="checkbox"/> épithésiste   |

N° AUDE : .....
Date complétude :
Date limite décision :
Cadre réservé à l'Administration

**RELEVÉ DES STAGES EFFECTUÉS LORS DE LA FORMATION  
(à faire compléter, signer et cacheter par l'établissement de formation)**

NOM – PRENOM : .....

Intitulé du diplôme obtenu : .....

Nom de l'établissement de formation :  
.....

Année d'obtention du diplôme : .....

SECTEURS	Année : .....	Année : .....	Année : .....	TOTAL EN HEURES
	Nombre d'heures			
Médecine	..... heures	..... heures	..... heures	..... heures
Chirurgie	..... heures	..... heures	..... heures	..... heures
Soins de suite et réadaptation	..... heures	..... heures	..... heures	..... heures
Gériatrie – Personnes âgées	..... heures	..... heures	..... heures	..... heures
Psychiatrie ou Santé mentale	..... heures	..... heures	..... heures	..... heures
Extra-hospitalier	..... heures	..... heures	..... heures	..... heures
Adulte en situation de handicap Préciser le nom et le lieu de l'établissement : ..... Préciser la nature du handicap rencontré (moteur, sensoriel, mental, cognitif).....	..... heures	..... heures	..... heures	..... heures
Autres (à préciser) : ..... .....	..... heures ..... heures	..... heures ..... heures	..... heures ..... heures	..... heures ..... heures

Nom du responsable de formation : .....

**SIGNATURE DU RESPONSABLE ET CACHET DE L'ETABLISSEMENT DE FORMATION :**

**ETAT CIVIL**

M.       Mme

Nom de famille : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Ville : .....

Département : ..... Pays : .....

Nationalité : .....

**COORDONNEES**

Adresse personnelle :

.....  
.....

Ville : ..... Code postal : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse électronique (mél) :

.....@.....

**DIPLOME DE LA PROFESSION CONSIDEREE**

Intitulé du diplôme :

.....

Date d'obtention : ..... Pays d'obtention : .....

Délivré par :

.....

Le cas échéant, date de reconnaissance du diplôme par un Etat, membre ou partie :

.....

## EXERCICE PROFESSIONNEL

(fonctions exercées à l'étranger ou dans un Etat membre ou partie)

NOM DE FAMILLE - Prénom : .....

**Indiquez uniquement les emplois associés à la profession concernée (du plus récent au plus ancien). Vous joindrez obligatoirement un justificatif pour chaque emploi indiqué dans ce tableau (une attestation établie par chaque employeur indiquant la durée et les dates d'occupation de l'emploi, le nom du service, le descriptif des activités exercées et le public accueilli). Ne pas joindre de copies de fiches de paie ou d'attestations chômage. Si vous n'avez pas**

**d'expérience professionnelle à renseigner** : cocher cette case :

NATURE DE L'EMPLOI OCCUPE (intitulé)	DATES D'OCCUPATION DANS L'EMPLOI (du... au...)	NOM DE L'ETABLISSEMENT, ADRESSE POSTALE ET PAYS	DOMAINE D'ACTIVITE (secteur, service, spécialité)	JUSTIFICATIF A FOURNIR

## TABLEAU DES NOUVEAUX GESTES TECHNIQUES A COMPLETER PAR VOTRE INSTITUT DE FORMATION

Le référentiel de formation pour la profession d'aide-soignant en France a évolué. Certains gestes techniques ont été ajoutés aux compétences attendues des aides-soignants.

Le présent document est à faire compléter par votre institut de formation attestant de l'apprentissage de ces actes. Les réponses fournies permettront de calibrer les mesures compensatoires, si mesures compensatoires il y a, qui vous seront demandées et d'autre part, vous engage dans la poursuite de votre exercice en France où vos futurs employeurs seront en droit d'exiger de vous la maîtrise de ces gestes.

ACTES A CONNAITRE	OUI	NON
Réalisation d'aspiration endo-trachéale sur orifice trachéal cicatrisé et non inflammatoire (délai de 3 semaines)		
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		
Participation à l'animation d'un groupe à visée thérapeutique		
Entretien journalier et vérification du fonctionnement d'un appareil de phytothérapie sans en assurer la maintenance		
Immobilisations		
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 (apnée du sommeil) hormis les dispositifs d'in-exsufflation		
Renouvellement de poche et de support de colostomie si cicatrisée		
Recueil de glycémie par captation capillaire ou par lecture instantanée transdermique		
Recueil aseptique des urines hors sonde urinaire		

Signature du responsable et cachet de l'institut de formation

**Projet professionnel envisagé en région Hauts-de-France :**

**J'atteste sur l'honneur ne pas avoir présenté de demande identique dans une autre région.**

Pour rappel, l'article 441-6 du Code Pénal prévoit que "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 une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, un paiement ou un avantage indu."

**Fait à :**

**le :**

**SIGNATURE DU DEMANDEUR :**

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

- Nationalité communautaire titulaire d'un titre de formation requis pour l'exercice de la profession précitée dans un Etat, membre ou partie, qui en réglemente l'accès ou son exercice.
- Nationalité communautaire justifiant d'un exercice professionnel dans un Etat, membre ou partie, qui ne réglemente pas l'accès à la profession précitée ou son exercice.
- 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.
- Nationalité extracommunautaire (ou non assimilé communautaire) justifiant **obligatoirement** d'un diplôme paramédical délivré par un Etat de l'Union Européenne (ou Etat partie) **sur la base** d'une formation dans l'un de ces Etats.

## PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

\* Les pièces justificatives mentionnées ci-dessus doivent être rédigées en langue française, ou traduites par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union Européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique ou, pour les candidats résidant dans un Etat tiers, avoir fait l'objet d'une traduction certifiée par les autorités consulaires françaises.

**ATTENTION : Pour les dossiers dont le diplôme relève d'un état non francophone, le dossier de demande d'autorisation d'exercice doit être constitué des copies des documents en langue d'origine accompagnées des copies des documents traduits. Dans le cas contraire, le dossier est réputé incomplet.**

Ne pas joindre de documents originaux.

### POUR TOUS LES CANDIDATS

- Formulaire de demande d'autorisation d'exercice, complété, daté et signé.
- Enveloppes affranchies + Recommandé avec avis de réception (cf : doc Enveloppes – Frais postaux)
- Une photocopie recto verso lisible d'une pièce d'identité en cours de validité à la date du dépôt du dossier (carte nationale d'identité / passeport / titre de séjour + carte d'identité du pays d'origine)
- Une copie du titre de formation (diplôme) et du supplément au diplôme (pour les diplômes délivrés par l'université ou une Haute école)
- Attestation de conformité du diplôme à l'article 11 de la Directive européenne 2005/36/CE, délivrée par les autorités compétentes de l'état précisant que le titre obtenu permet l'exercice de la profession dans le pays de délivrance du diplôme (pour les diplômes post-bac).
- Le cas échéant, une copie des diplômes complémentaires en lien avec la profession visée.\*
- 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.\*
- Tableau des nouveaux gestes techniques

Les attestations d'employeur, datées, signées, à l'entête de l'établissement indiqueront :

- la fonction exercée
- la durée de l'exercice professionnel (les dates de début et fin de contrat, durée hebdomadaire de travail)
- les domaines d'activité rencontrés (service, spécialités, champs cliniques ... )
- le descriptif des activités exercées
- le public accueilli

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.\*

- si le professionnel relève d'un ordre : attestation de l'ordre
- si le professionnel est salarié : attestation de l'employeur
- si le professionnel n'a pas encore d'expérience professionnelle : attestation du lieu de formation
- autres cas : extrait du casier judiciaire

## **DESCRIPTIF DE LA FORMATION SUIVIE :**

### **Programme de formation THEORIQUE :**

Les enseignements suivis pour chaque année d'études comprenant les matières enseignées, le nombre d'heures et/ou d'ECTS par matière, attestés par l'établissement de formation.

Dans le cas où le supplément au diplôme répond à cette exigence, il n'est pas nécessaire de joindre un autre document.

### **Programme de formation PRATIQUE :**

Joindre un tableau récapitulatif nominatif des stages cliniques réalisés au cours de la formation établi et attesté par l'établissement de formation.

Celui-ci doit faire apparaître les éléments suivants :

- Les dates de stage
- Les lieux
- Le domaine ou champ clinique
- Le nombre d'heures réalisées par domaine ou champ clinique
- Le nombre total d'heures de pratique clinique effectuées au cours de la formation

**OU** faire compléter par l'établissement de formation, le relevé de stage fourni en page 2 du dossier.

**ATTENTION : Pour les diplômes post-bac, si les durées sont exprimées en ECTS, joindre une attestation de l'établissement de formation précisant la valeur en heures d'un ECTS.**

## **CAS PARTICULIERS :**

**- Pour les candidats qui ont exercé dans un Etat, membre ou partie, qui ne réglemente pas l'accès à la profession demandée ou son exercice :**

Toutes pièces utiles justifiant qu'ils ont exercé dans cet Etat, 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 ils demandent l'autorisation. Ces pièces ne sont pas à fournir lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée.\*

**- Pour les candidats titulaires d'un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu dans un Etat, membre ou partie, autre que la France :**

La reconnaissance du titre de formation établie par les autorités de l'Etat, membre ou partie, ayant reconnu ce titre. Cette reconnaissance doit permettre au bénéficiaire d'y exercer sa profession.\*

Toutes pièces utiles justifiant **d'un exercice professionnel** de la profession citée **pendant trois ans à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente dans cet Etat, membre ou partie.**\*

**Les attestations d'employeur, datées, signées, à l'entête de l'établissement indiqueront :**

- la fonction exercée
- la durée de l'exercice professionnel (les dates de début et fin de contrat, durée hebdomadaire de travail)
- les domaines d'activité rencontrés (service, spécialités, champs cliniques ... )
- le descriptif des activités exercées
- le public accueilli