



**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

**PROFESSION ORTHOPHONISTE**

**RELEVÉ DES STAGES EFFECTUÉS LORS DE LA FORMATION  
(DOCUMENT À COMPLÉTER ET À FAIRE SIGNER PAR L'ÉTABLISSEMENT DE FORMATION)**

NOM – Prénom de l'étudiant : .....

Intitulé du diplôme obtenu : .....

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

Nom du responsable de formation : .....

Année d'obtention du diplôme : .....

**SIGNATURE ET CACHET DE  
L'ÉTABLISSEMENT DE FORMATION**

| <b>Types de handicap</b> | <b>Nombre de stages</b> | <b>Type d'établissement et localisation</b><br>(si établissement spécialisé, préciser le service d'accueil et les pathologies) | <b>Identité du maître de stage</b> | <b>Profession du maître de stage</b> | <b>Population accueillie</b> (enfants, adolescents, adultes, pers. âgées)<br><b>Préciser les pathologies</b> | <b>Nombre d'heures par stage</b> |
|--------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|----------------------------------|
| <b>LANGAGE ORAL</b>      |                         |  |                                    |                                      |  |                                  |
| <b>SOUS -TOTAL</b>       |                         |  |                                    |                                      |  | .....h.                          |
| <b>LANGAGE ECRIT</b>     |                         |  |                                    |                                      |  |                                  |
| <b>SOUS -TOTAL</b>       |                         |  |                                    |                                      |  | .....h.                          |

|   |  |  |  |  |  |         |
|---|--|--|--|--|--|---------|
| <b>COGNITION<br/>MATHEMATIQUE</b>               |  |  |  |  |  |         |
| <b>SOUS -TOTAL</b>                              |  |  |  |  |  | .....h. |
| <b>SURDITE</b>                                  |  |  |  |  |  |         |
| <b>SOUS -TOTAL</b>                              |  |  |  |  |  | .....h. |
| <b>ORALITE /<br/>FONCTIONS<br/>MYO-FACIALES</b> |  |  |  |  |  |         |
| <b>SOUS -TOTAL</b>                              |  |  |  |  |  | .....h. |
| <b>PHONATION /<br/>FLUENCE</b>                  |  |  |  |  |  |         |

|  |  |  |  |  |  |                    |         |
|--|--|--|--|--|--|--------------------|---------|
|  |  |  |  |  |  | <b>SOUS -TOTAL</b> | .....h. |
| <b>APHASIOLOGIE /<br/>TROUBLES<br/>COGNITIVO-<br/>LINGUISTIQUES</b>      |  |  |  |  |  |                    |         |
|  |  |  |  |  |  | <b>SOUS -TOTAL</b> | .....h. |
| <b>PATHOLOGIES<br/>NEURO-<br/>DEGENERATIVES<br/>/ DYSARTHRIE</b>         |  |  |  |  |  |                    |         |
|  |  |  |  |  |  | <b>SOUS -TOTAL</b> | .....h. |
| <b>HANDICAP<br/>(I.M.C, maladies<br/>génétiques,<br/>autisme, T.E.D)</b> |  |  |  |  |  |                    |         |
|  |  |  |  |  |  | <b>SOUS -TOTAL</b> | .....h. |
| <b>TOTAL GENERAL : ..... heures</b>                                      |  |  |  |  |  |                    |         |

**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<br>(intitulé) | DATES D'OCCUPATION<br>DANS L'EMPLOI (du... au...) | NOM DE L'ETABLISSEMENT,<br>ADRESSE POSTALE ET PAYS | DOMAINE D'ACTIVITE<br>(secteur, service, spécialité) | JUSTIFICATIF<br>A FOURNIR |
|---|---|--|--|---------------------------|
|   |   |  |  |                           |
|   |   |  |  |                           |
|   |   |  |  |                           |
|   |   |  |  |                           |
|   |   |  |  |                           |
|   |   |  |  |                           |
|   |   |  |  |                           |

**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.\*

**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