

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENREGISTREMENT D'UNE FORMATION
PERMANENTE AUPRÈS DE LA COMMISSION D'AGRÈMENT DU CONSEIL FÉDÉRAL
DES SAGES-FEMMES**

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

(*) À remplir obligatoirement

(*) 1. IDENTIFICATION DE L'ORGANISATION

(*) Nom de l'organisation:					
(*) Adresse de l'organisation:		(*) N°:		Bte:	
(*) Code postal:		(*) Commune:			
Pays:					
(*) Nom du responsable:					
(*) Adresse du responsable :					
(*) Code postal:		(*) Commune:			
Pays:					
Téléphone :		GSM :			
E-mail :		Fax :			

(*) 2. FORMATION PERMANENTE

(*) DATE DE LA DEMANDE :		(*) DATE DE LA FORMATION PERMANENTE :	
(*) LOCALISATION DE LA FORM. PERMANENTE:			
(*) TITRE DE LA FORMATION PERMANENTE :			
(*) DEMANDE D'HEURES PHYSIOLOGIE (A):		(*) DEMANDE D'HEURES RÉANIMATION (B):	
(*) DEMANDE D'HEURES AUTRES (C):		(*) DEMANDE D'HEURES TOTAL:	

Veillez joindre le programme et la liste de présentation de la formation permanente.

Nom et date de la formation permanente:

Organisation :

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 fédéral des sages-femmes
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 :**

Nom et date de la formation permanente:

Organisation :

ENREGISTREMENT DES FORMATIONS PERMANENTES

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION !

N° DE DOSSIER

DEMANDE RÉCEPTIONNÉE LE :

N°	
----	--

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

FORMATION PERMANENTE

Date:		Nom:	
Organisation:			

AVIS DE LA COMMISSION D'AGRÈMENT DU CONSEIL FÉDÉRAL DES SAGES-FEMMES

Attribution nombre d'heures Physiologie (A):		heure(s)
Attribution nombre d'heures Réanimation du nouveau-né (B):		heure(s)
Attribution nombre d'heures Autres (C):		heure(s)
Attribution nombre d'heures :		heure(s)
SIGNATURE	SIGNATURE	SIGNATURE
DATE : (JJ/MM/AAAA)		

N° D'ENREGISTREMENT:	
-----------------------------	--

Nom et date de la formation permanente:

Organisation :