



**DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHESION SOCIALE DE CHAMPAGNE-ARDENNE**

Civilité :
NOM de naissance :
NOM d'usage :
Prénom :

***Dossier administratif de demande d'autorisation
d'exercice en France de la profession de***

MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE
PÉDICURE-PODOLOGUE
MANIPULATEUR EN ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE
ERGOTHÉRAPEUTE
INFIRMIER
INFIRMIER SPECIALISE :
IADE **IBODE** **PUERICULTRICE**
DIÉTÉTICIEN
PREPARATEUR EN PHARMACIE
CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE
AIDE SOIGNANT
TECHNICIEN DE LABORATOIRE
AMBULANCIER
AUXILIAIRE DE PUERICULTURE
PSYCHOMOTRICIEN
ORTHOPHONISTE
ORTHOPTISTE
AUDIO PROTHESISTE
OPTICIEN LUNETIER

Cadre réservé à l'administration

Date de réception :

Accusé réception :

Enregistrement AUDE :

Dossier complet :

Commission du :

Case(s) à cocher par le demandeur	Vous êtes ressortissant d'un pays membre de l'UE ou Etat partie et ...	Cocher les pièces jointes au dossier	Pièces justificatives à fournir par l'intéressé <i>Les pièces justificatives doivent être rédigées en langue française ou traduites par un traducteur agréé ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen</i>	Cadre réservé à l'instruction par l'administration
<input type="checkbox"/>	➤ <u>titulaire d'un titre de formation</u> requis pour l'exercice de la profession précitée dans un Etat, membre ou partie, qui en <u>règlemente l'accès ou son exercice</u>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Le formulaire de demande d'autorisation complété 2. Lettre de motivation 3. Photocopie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité à la date de dépôt de dossier 4. Copie du titre de formation permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention. Pour les infirmiers de spécialité : copie du titre de formation de spécialiste 5. Pour les personnes ayant validé la 1 ^{ère} année d'études d'infirmière, une attestation de l'école certifiant l'interruption des études. 6. Copie des diplômes complémentaires 7. 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 8. 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 (attestation de l'ordre, de l'école, de l'employeur...) 9. Copie des attestations des autorités ayant délivré le titre, spécifiant - le niveau de la formation - le détail et le volume horaire des enseignements suivis année par année contenu et durée des stages validés	
<input type="checkbox"/>	➤ <u>justifiant d'un exercice professionnel</u> dans un Etat, membre ou partie, <u>qui ne règlemente pas l'accès</u> à la profession précitée ou son exercice	8. <input type="checkbox"/>	En plus des 7 pièces indiquées ci-dessus 8. Toutes pièces indiquant que vous avez exercé dans cet Etat - à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années - à temps partiel pendant une durée correspondante à deux ans de temps plein au cours des dix dernières années <i>Remarque : ces pièces ne sont pas à fournir si la formation conduisant à cette profession est réglementée</i>	
<input type="checkbox"/>	➤ <u>titulaire d'un titre de formation délivré par un Etat tiers</u> et reconnu par un Etat, membre ou partie, autre que la France:	9. <input type="checkbox"/>	En plus des 7 pièces indiquées ci-dessus 9. La reconnaissance du titre de formation établie par les autorités de l'Etat, membre ou partie ayant reconnu ce titre. Cette reconnaissance doit vous permettre d'y exercer la profession <i>Pour les infirmiers de spécialité : reconnaissance du titre de formation de spécialiste établi par les autorités de l'Etat membre ou partie ayant reconnu ce titre.</i>	

Formulaire de demande d'autorisation d'exercice en France de la profession de

.....

Madame <input type="checkbox"/>			Mademoiselle <input type="checkbox"/>			Monsieur <input type="checkbox"/>		
Nom de naissance :			Nom d'usage :					
Prénoms :								
Date de naissance :								
Lieu de naissance :			Ville :					
Pays :			Nationalité :					
Adresse personnelle :								
Code postal :		Ville :		Pays :				
Tél. :		Tél. portable :						
Courriel :								
Diplôme de la profession considérée								
Pays d'obtention								
Intitulé du diplôme								
Date d'obtention								
Lieu de formation								
Exercice professionnel								
Nature		Lieu et pays		Période				
Autres diplômes, titres et certificats								
Pays d'obtention		Intitulé du diplôme		Date d'obtention		Lieu de formation		
Je certifie sur l'honneur que je n'ai pas déposé de demande dans une autre région.								
Fait à :				le :				
Signature du demandeur :								

**Dossier à retourner complété avec les justificatifs par lettre recommandée avec accusé de réception à la DRJSCS Champagne-Ardenne
Pôle formation- Emploi – Département des formations paramédicales
4, rue Dom Pérignon
51009 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX**