

Démarche	: ATTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des professions paramédicales - 2025
Organisme	: Service Formation/Certification du pôle Solidarités de la DREETS Nouvelle-Aquitaine

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Vous souhaitez exercer dans l'un des pays de l'Union Européenne ou en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse sollicitant une attestation de conformité à la Directive 2005/36/CE (article 11) et vous avez obtenu votre diplôme paramédical en Nouvelle-Aquitaine, vous pouvez déposer ici votre demande.

### Descriptif

Vous souhaitez exercer dans l'un des pays de l'Union Européenne ou en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, sollicitant une attestation de conformité à la Directive 2005/36/CE (article 11) et vous avez obtenu votre diplôme paramédical en Nouvelle-Aquitaine, soit l'une des professions citées au code de la santé publique (Titre IV et V du livre II et le livre III, à l'exclusion du chapitre III, de la 4ème partie), vous pouvez déposer ici votre demande.

ATTENTION : si vous avez obtenu votre diplôme dans une autre région, veuillez vous adresser à la région concernée.

Avant de commencer votre démarche, vous devez vous munir des pièces suivantes :

- copie d'une pièce d'identité,
- copie du diplôme pour lequel vous demandez l'attestation de conformité,
- copie de l'attestation de délivrance du diplôme par le certificateur (si celui-ci n'est pas le ministère chargé de la santé).

ATTENTION : Si vous ne disposez pas de votre diplôme, vous devez fournir une attestation de perte délivrée par votre certificateur.

Au moment de l'instruction de votre demande, vous recevrez un message vous confirmant que celle-ci a bien été prise en compte par notre service.

L'attestation de conformité sera accessible dans votre espace personnel dans le présent formulaire, vous serez tenu informé par courriel.

# ATTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des professions paramédicales

## VOTRE DIPLOME

### Lieu de délivrance du diplôme : Nouvelle-Aquitaine

Sont concernées les ex régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes.

Si "Non", veuillez vous adresser à la DREETS territorialement compétente et ne pas renseigner la suite de ce formulaire.

Cochez la mention applicable

Oui

Non

### Profession concernée

Renseignez ici la profession concernée

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

AIDE-SOIGNANT

AMBULANCIER

AUDIOPROTHESISTE

AUXILIAIRE DE PUIRICULTURE

CADRE DE SANTE

DIETETICIEN

ERGOTHERAPEUTE

INFIRMIER (GENERALISTE)

INFIRMIER ANESTHESISTE

INFIRMIER DE BLOC OPERATOIRE

INFIRMIER EN PUIRICULTURE

MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

PEDICURE-PODOLOGUE

PREPARATEUR EN PHARMACIE

PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE

PSYCHOMOTRICIEN

### Numéro de diplôme

Renseignez votre numéro de diplôme :

### Date de délivrance du diplôme

Renseignez la date de délivrance du diplôme :

### Institut de formation

Renseignez le nom de l'institut de formation dans lequel vous avez préparé votre diplôme :

# ATTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des professions paramédicales

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Diplôme

Insérer votre diplôme (ou à défaut, une attestation de réussite valide) pour lequel vous demandez une attestation de conformité (formats acceptés : .jpg, .pdf ou .png) :

## VOTRE IDENTITE

### Civilité

Indiquez votre civilité :

Mme

M.

### Nom de naissance

Renseignez votre NOM de naissance en MAJUSCULES :

### Nom d'usage

Renseignez votre nom d'usage le cas échéant. Si et seulement si il est libellé "Nom D'usage" sur votre pièce d'identité (Attention, jamais le nom d'époux ou d'épouse) :

### Prénoms

Renseignez vos prénoms dans l'ordre de l'État civil, en Minuscules séparés par des virgules (ex : Sophie, Line, Rosa) :

### Date de naissance

Renseignez votre date de naissance :

### Lieu de naissance

Renseignez votre commune de naissance, précisez l'arrondissement pour Paris, Lyon et Marseille (ex : PARIS 10EME)

### Pays de naissance

Renseignez votre pays de naissance :

### Département de naissance

Si vous êtes né en France, renseignez votre département de naissance :

### Pièce d'identité recto en cours de validité (formats acceptés : .jpg ou .png)

### Pièce d'identité verso (formats acceptés : .jpg ou .png)

# ATTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des professions paramédicales

## Acte de naissance

A verser quand la ville de naissance ne figure pas la pièce d'identité

## VOS COORDONNEES

### Adresse de votre résidence principale

Veuillez préciser l'adresse de votre résidence principale.

### Pays de résidence

Si vous résidez hors de France, veuillez préciser le pays :

### Numéro de téléphone

Renseignez votre numéro de téléphone :

### Adresse de messagerie

Renseignez votre adresse de messagerie :

## DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Formulaire à renseigner

Si vous devez fournir un formulaire à renseigner par notre administration dans le cadre de votre demande, déposez-le ici (formats acceptés : .jpg, .pdf ou .png) :

### Observations complémentaires

## CLÔTURE DE LA DEMANDE

**Je déclare sur l'honneur que les informations fournies sont authentiques et j'accepte que l'administration conserve ces données.**

Cochez la mention applicable

Oui

Non