



**DIRECTION REGIONALE  
DE L'ECONOMIE, DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES SOLIDARITES**

**PROFESSION REGLEMENTEE** : <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/>

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

**Pour les ressortissants européens souhaitant s'installer  
en France de manière durable en application du  
décret n° 2010-334 du 26 mars 2010**

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant   | <input type="checkbox"/> Manipulateur                                      |
| <input type="checkbox"/> Audioprothésiste  | d'électroradiologie médicale   |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture                                | <input type="checkbox"/> Masseur-Kinésithérapeute                          |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute  | <input type="checkbox"/> Orthophoniste                                     |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e)s   | <input type="checkbox"/> Pédicure-podologue                                |
| <input type="checkbox"/> Spécialités Infirmier(e)s<br>(IBODE, IADE, Puéricultrice) | <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire de<br>biologie médicale |

Madame  Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

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

En application de l'arrêté du 20 janvier 2010, je sollicite l'instruction de mon dossier par le directeur régional de la DREETS Occitanie

Fait à :

le :

Signature du demandeur :



## ANNEXE I

### ATTESTATION A REMPLIR ET A REMETTRE OBLIGATOIREMENT

#### AVEC LE DOSSIER

Je soussigné (e) .....

Demeurant à .....

- **Atteste sur l'honneur ne pas avoir présenté de demande identique dans une autre région**
- **Atteste avoir un projet professionnel clairement identifié en région d'Occitanie**

A.....le .....

SIGNATURE

(la signature doit être  
obligatoirement précédée de la  
mention « Lu et approuvé »)



## ANNEXE II

JE SOUSSIGNE(E)..... AUTORISE LE SERVICE  
ORGANISATEUR DE LA COMMISSION REGIONALE D'AUTORISATION D'EXERCICE  
DE LA PROFESSION .....A PUBLIER MES NOMS ET PRENOMS SUR  
INTERNET DANS LE CADRE DES RESULTATS POUR LES ADMISSIONS

A.....le .....

SIGNATURE

**Toute fausse déclaration est punie selon les dispositions du code pénal, Article 441-6**

## PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

**IMPORTANT :** Les pièces justificatives du 4 à 10 doivent être traduites par un traducteur assermenté auprès d'une cours d'appel ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union Européenne. Chaque traduction doit être attachée à la copie de l'original. Les pièces justificatives doivent être numérotées dans l'ordre indiqué ci-dessous.

**Ne pas fournir de documents originaux, les dossiers n'étant pas retournés.**

Le dossier doit être adressé par lettre recommandée avec accusé de réception à :

**DREETS OCCITANIE – Formations paramédicales**

**Secrétariat des commissions des diplômes européens (mentionner la profession)**

**5, Esplanade Compans Caffarelli - BP 98016 - 31080 TOULOUSE Cedex 6**

- 1- Le formulaire de demande d'autorisation d'exercice de la profession dûment complété accompagné des annexes 1, 2 et 3 du présent document.
- 2- Une photocopie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité à la date de dépôt du dossier.
- 3- Un curriculum vitae détaillé en français (Ne pas oublier d'ajouter l'adresse mail)
- 4- Une copie du diplôme permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention ou de l'attestation de réussite au diplôme datant moins d'un an
- 5- **Attestation de conformité à la directive européenne 2005/36 stipulant que le diplôme présenté permet l'exercice de la profession demandée dans le pays d'obtention du diplôme (à demander auprès du ministère de la santé, ou de l'éducation ou de l'autorité compétente, situation pouvant être différente d'un pays à l'autre)**
- 6- Copie des diplômes et formations continues complémentaires.
- 7- Programme et volume horaire des enseignements théoriques suivis année par années
- 8- Contenus et durées des stages cliniques année par année. (OBLIGATOIRE - Annexe 3 à compléter et à faire valider par l'établissement de formation)
- 9- Si expérience dans la profession : Attestation de l'exercice de la profession (contrat de travail) dans le pays de délivrance du diplôme.
- 10- Une déclaration de l'autorité compétente de l'Etat, membre ou partie, datant de moins d'un an, attestant de l'absence de sanctions (Attestation de l'ordre ou Attestation de l'employeur ou Attestation de l'institut de formation ou Casier judiciaire)
- 11- Une enveloppe format A4 affranchie au tarif recommandé avec Accusé de réception à vos noms et adresses. Pour les personnes résidant à l'étranger (demander des timbres violets à commander sur le site de la poste)

\*\*\*\*\*

### Annexe 3 - SYNTHESE des STAGES

Intitulé du DIPLÔME :

NOM – Prénom :

Nationalité du diplôme :

Nom de l'établissement :

ANNEE	Lieux de stage	Dates	PUBLICS VISES			CHAMPS CLINIQUES (indiquer le nom des divers champs cliniques rencontrés)	VOLUME HORAIRE
			0 à 18 ans	Adultes	Personnes âgées		
	<b>SOUS-TOTAL D'HEURES TOTAL GENERAL</b>						

*\* Joindre les justificatifs de stage*

*Nom du responsable de l'établissement*

*Signature du responsable  
Cachet de l'établissement*