

Ministère des Solidarités et de la Santé

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE  
pour la profession d'ergothérapeute**

- Vous êtes de 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.
- Vous êtes de 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.
- Vous êtes de 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.

**ETAT CIVIL**

M / Mme	Nom de famille (de naissance) :
Nom d'épouse :	
Prénoms :	
Date de naissance :	Nationalité :
Ville :	Pays :

**COORDONNEES**

Adresse personnelle :	
Ville :	Code Postal :
Pays :	
Tél :	Portable :
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 :	
Pays de l'Etat membre ou partie ayant reconnu le diplôme :	

**DIPLOMES (formation initiale)**

PAYS	INTITULE	DATE	LIEU DE FORMATION

**AUTRES DIPLÔMES, TITRES ET CERTIFICATS (formation continue)**

PAYS	INTITULE	DATE	LIEU DE FORMATION

**EXERCICE PROFESSIONNEL : FONCTIONS EXERCES A L'ETRANGER OU DANS UN ETAT MEMBRE OU PARTIE**

<b>NATURE</b>	<b>LIEU ET PAYS</b>	<b>PERIODE</b>

**Projets professionnels éventuels**

Formulaire à retourner dûment complété, daté et signé.

**Date :**

**Signature :**