



Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique
Ministère de la Santé et des Sports
Ministère de la Jeunesse et des Solidarités Actives

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE
Pour la profession de psychomotricien

- 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 régleme l'accès ou son exercice.
- Vous êtes de nationalité communautaire, justifiant d'un exercice professionnel dans un Etat membre ou partie, qui ne régleme 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

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

COORDONNEES

<i>Adresse personnelle :</i>	
<i>Ville :</i>	<i>Code Postal :</i>
<i>Pays :</i>	
<i>Tél :</i>	<i>Portable :</i>
<i>Mél :</i>	

DIPLOME DE LA PROFESSION CONSIDEREE

<i>Intitulé du diplôme :</i>	
<i>Date d'obtention :</i>	<i>Pays d'obtention :</i>
<i>Délivré par :</i>	
<i>Le cas échéant, date de reconnaissance du diplôme par un Etat, membre ou partie :</i>	
<i>Pays de l'Etat membre ou partie ayant reconnu le diplôme :</i>	

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

NATURE	LIEU ET PAYS	PERIODE

Projets professionnels éventuels

Formulaire à retourner dûment complété au secrétariat de la commission compétente pour l'examen de votre demande.

Date :

Signature :