



**Demande d'agrément pour l'exercice de la fonction de formateur «réfèrent hygiène»  
selon la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées**

Veuillez remplir tous les champs obligatoires (signalés par un astérisque\*)

**Signalétique du requérant**

Nom (de naissance)\*:  Prénom\*:

Adresse \*:

Adresse électronique professionnelle\*:  Privée:

**Note: TOUT CHANGEMENT DES COORDONNÉES SONT À COMMUNIQUER!**

**Organisation**

Organisme gestionnaire:

**Pièces requises** (à joindre à la demande)

Qualification(s) professionnelle(s)\*:

*Périodes*

Expérience(s) professionnelle* : <i>(peut être présentée sous forme de CV)</i>	<input type="text"/>	Organisme(s) gestionnaire* :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

**Formateur**

Formation des Formateurs Date(s)*: <i>(peut être présentée sous forme de certificat)</i>	<input type="text"/>	Organisme de formation agréé*:	<input type="text"/>
<i>ou</i>			
Expérience professionnelle comme formateur* : <i>(peut être présentée sous forme de CV)</i>	<input type="text"/>	Organisme de formation agréé*:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

*ou*  
Agrément comme formateur professionnelle continue du  Ministère de l'Éducation nationale,  
de l'Enfance et de la Jeunesse\*:  Date\*:

**Formation «réfèrent en matière de prévention et de lutte contre les infections et de respect des règles d'hygiène et sanitaires»**

*Dates*

<input type="text"/>	Module 1 Introduction*	<input type="text"/>	Organisme de formation agréé*
<input type="text"/>	Module 2 Précautions standard et additionnelles*:	<input type="text"/>	Organisme de formation agréé*
<input type="text"/>	Module 3 La législation et le rôle du réfèrent en hygiène*	<input type="text"/>	Organisme de formation agréé*

Le requérant déclare de comprendre et d'arriver à s'exprimer dans les trois langues prévues par la loi modifiée du 24 février 1984 sur le régime des langues\*

Extrait de casier judiciaire du requérant\* (bulletin n°3 du casier judiciaire datant de moins de trois mois à partir de son établissement)

Attestation de l'affiliation du requérant à la sécurité sociale\* *(ou Copie de la carte de sécurité sociale)*

La présente déclaration est certifiée sincère et exacte. Je prends acte que toute déclaration abusive peut entraîner des sanctions conformément à la législation en vigueur. De plus, je consens à ce que mes données personnelles soient traitées conformément à la politique de confidentialité et dans le respect des normes de protection des données en vigueur.

**Signature du requérant**

Date et signature