

DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE DU TITRE D'OSTÉOPATHE

Informations préalables

Vous ne pouvez déposer un dossier que si vous remplissez les conditions suivantes :

- vous êtes ressortissant d'un Etat membre de l'UE ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen
ET
- - vous êtes titulaire d'un titre de formation délivré par un Etat membre de l'UE ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen , requis pour l'exercice de l'ostéopathie dans cet Etat, membre ou partie, qui en réglemente l'accès ou son exercice
- **OU**
 - vous justifiez d'un exercice professionnel dans un Etat, membre ou partie, qui ne réglemente pas l'accès à la profession d'ostéopathe ou son exercice, et d'un titre de formation délivré par un Etat, membre ou partie, attestant de la préparation à l'exercice de l'ostéopathie, avec une attestation justifiant, dans cet Etat, de l'exercice à temps plein **pendant deux ans au cours des dix dernières années ou à temps partiel** pendant une durée correspondante au cours de la même période.
- OU**
 - vous êtes titulaire d'un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu dans un Etat, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement cette activité professionnelle.

Pièces à fournir

- Formulaire de demande d'autorisation d'usage du titre d'ostéopathe

- Fiche d'état civil et de nationalité (copie carte d'identité ou passeport)

- Copie des diplômes, certificats ou titres obtenus

- Document de l'autorité ayant délivré le diplôme indiquant la durée de la formation attestant que la formation a été effectuée dans :
 - une université
 - un établissement d'enseignement supérieur
 - un autre établissement du même niveau de formation

- Contenu des études et des stages effectués pendant la formation délivré et attesté par la structure de formation avec :
 - le nombre d'heures annuel par matière pour les enseignements théoriques
 - la durée des stages et le secteur dans lequel ils ont été réalisés

- Pour les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre délivré par un pays tiers et reconnu par un Etat membre et pour les personnes ayant exercé dans un Etat membre qui ne réglemente pas l'activité concernée :
 - Attestation émanant de l'autorité compétente de l'Etat membre certifiant la durée de l'exercice professionnel avec les dates correspondantes ;
 - Relevé des stages de formation permanente éventuellement suivis avec indication du contenu et de la durée de ces stages ;

- Traduction par un traducteur agréé des documents précités.

Le formulaire ci-joint accompagné de l'ensemble des pièces constitutives de votre dossier est à retourner dûment complété, par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse ci-dessous :

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine
Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie
Pôle Gestion et Formation des Professionnels de Santé
103 rue Belleville
CS 91704
33063 BORDEAUX CEDEX

2) DIPLOMES

A. DIPLOME D'OSTEOPATHE

(Joindre la photocopie du diplôme)

Intitulé du diplôme :	
Date d'obtention :	
Pays d'obtention :	
Délivré par : (établissement de formation)	
Ville de l'établissement de formation :	
Nombre d'heures de formation :	
Date de reconnaissance du diplôme par un Etat, membre ou partie : (le cas échéant)	

B. AUTRES DIPLOMES, TITRES ET CERTIFICATS

(Joindre les photocopies des diplômes obtenus)

Diplômes de profession médicale /paramédicale obtenu	Date d'obtention	Pays d'obtention	Date de reconnaissance du diplôme en France et n° ADELI : (le cas échéant)
Médecin			
Masseur-kinésithérapeute			
Infirmier			
Sage-femme			
Autres (précisez) :			

Formation complémentaire	Date d'obtention	Pays d'obtention	Nombre d'heures de formation suivies

**C. EXERCICE PROFESSIONNEL : FONCTIONS EXERCEES EN FRANCE, A L'ETRANGER
OU DANS UN ETAT MEMBRE OU PARTIE**

(Joindre les justificatifs : certificats de travail, bulletins de salaires, contrats, avis d'imposition, statuts, cotisations sociales...)

Nature des fonctions exercées	Lieu et pays	Période

3) PROJETS PROFESSIONNELS (FACULTATIF)

.....

.....

.....

.....

Fait à

le

Signature

4) **DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e)

Nom

Prénom

déclare sur l'honneur ne pas avoir déposé un dossier de demande d'usage du titre d'ostéopathe auprès d'une autre Agence Régionale de Santé que l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine.

Cette déclaration est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à

le

Signature