



**Demande d'agrément de stage d'adaptation pour l'exercice en France des professionnels paramédicaux ressortissants des Etats membres de l'union européenne souhaitant exercer en France**  
Arrêté du 30 mars 2010 modifié fixant les modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation pour l'exercice en France des professions de psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, audioprothésiste, opticien-lunetier par des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

**Cabinet privé pour, orthoptiste, audioprothésiste, opticien-lunetier**

Profession concerné : .....

**IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE**

**Tuteur de stage :**

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

**Qualification :**

-Date et lieu d'obtention du diplôme d'exercice\* :

*\*joindre photocopie certifiée « conforme à l'original » par vos soins*

-Numéro d'inscription ADELI :

-Pour les professions à Ordre : inscription au Conseil de l'Ordre :

OUI, depuis le .....

NON

-Année d'expérience professionnelle (dans la qualification mentionnée) :

Entre 3 et 4 ans

Entre 4 et 10 ans

Plus de 10 ans

-Formation au tutorat :

OUI Préciser l'année : .....

-Nature de l'exercice professionnel :

Activité libérale

Activité salariée

-Secteur d'exercice :

Public

Privé

Autre : (à préciser) : .....

**Structure de travail (à remplir s'il y a lieu)**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

**Directeur (à remplir s'il y a lieu)**

Nom : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

E-mail : .....

**Responsable administratif des stages pour la structure (à remplir s'il y a lieu)**

Nom : .....

Téléphone secrétariat : .....

Fax : .....

E-mail : .....

**IDENTIFICATION PEDAGOGIQUE**

**Capacité d'accueil de stagiaire**

Nombre de stagiaire par période de stage :  
 Nombre de stagiaire par année :

**Caractéristiques pédagogiques du terrain de stage**

Type de populations prévalentes de personnes prise en charge :

Nombre moyen de personnes prises en charge par jour :

**Offre d'apprentissage**

Soins et activités prévalentes :

Outils de transmission de soins les plus fréquemment utilisés :

**Modalités d'encadrement**

Mise à disposition d'un livret d'accueil :  OUI  NON

Bilan de stage :

Intermédiaire :  OUI  NON

Final :  OUI  NON

**Modalités pratiques**

Possibilité de restauration :  OUI → Tarif : .....  NON

Possibilité d'hébergement :  OUI → Tarif : .....  NON

Tenue professionnelle :  OUI  NON

Observations particulières et/ou commentaires complémentaires :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait le : .....

Nom et qualité du signataire :

.....  
.....

