



Annexe B du règlement grand-ducal du 17 février 2017 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles

**N.B. Veuillez noter que le délai de réponse peut varier en fonction des nombres de demandes à traiter.**

**DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER  
UNE PROFESSION DE SANTE**

*ANTRAG AUF ERLAUBNIS ZUR AUSÜBUNG EINES GESUNDHEITSBERUFES*

- |                                                         |                                                                 |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> aide-soignant                  | <input type="checkbox"/> assistant d'hygiène sociale            |
| <input type="checkbox"/> assistant social               | <input type="checkbox"/> ATM de chirurgie                       |
| <input type="checkbox"/> ATM de laboratoire             | <input type="checkbox"/> ATM de radiologie                      |
| <input type="checkbox"/> diététicien                    | <input type="checkbox"/> ergothérapeute                         |
| <input type="checkbox"/> infirmier                      | <input type="checkbox"/> infirmier en anesthésie et réanimation |
| <input type="checkbox"/> infirmier en pédiatrie         | <input type="checkbox"/> infirmier gradué                       |
| <input type="checkbox"/> infirmier psychiatrique        | <input type="checkbox"/> laborantin                             |
| <input type="checkbox"/> masseur                        | <input type="checkbox"/> masseur-kinésithérapeute               |
| <input type="checkbox"/> orthophoniste                  | <input type="checkbox"/> orthoptiste                            |
| <input type="checkbox"/> pédagogue curatif              | <input type="checkbox"/> ostéopathe                             |
| <input type="checkbox"/> rééducateur en psychomotricité | <input type="checkbox"/> podologue                              |
|                                                         | <input type="checkbox"/> sage-femme                             |

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR** *Identität des Antragstellers*

Nom :

*Name*

Prénom :

*Vorname*

Lieu de naissance :

*Geburtsort*

Date de naissance :

*Geburtstag*

Nationalité :

*Nationalität*

Adresse domicile :

*Wohnanschrift*

N° :

Code postal :

*Postleitzahl*

Localité :

*Ortschaft*

Pays :

*Land*



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Santé  
et de la Sécurité sociale

**! A utiliser dans toutes les  
correspondances !  
Ministère de la Santé  
1, rue Charles Darwin  
L-1433 Luxembourg**

Tél. privé :  
*private Telefonnummer*

Fax privé :  
*private Faxnummer*

Adresse professionnelle :  
*Arbeitsadresse*

N° :

Code postal :  
*Postleitzahl*

Localité :  
*Ortschaft*

Date d'établissement :  
*Niederlassungsdatum*

Tél. professionnel :  
*berufliche Telefonnummer*

Fax professionnel :  
*berufliche Faxnummer*

GSM :  
*Mobilnr.*

E-mail :

Adresse pour courrier :  
*Zustelladresse*

☐ domicile  
*Wohnanschrift*

☐ professionnelle  
*Arbeitsadresse*

## 1 – ÉTUDES *Ausbildung*

### ÉTUDES PRIMAIRES, SECONDAIRES *Grundschule, Sekundarunterricht*

| Nom de l'établissement<br><i>Name der Bildungseinrichtung</i> | Durée des études<br><i>Dauer der Ausbildung</i> |                 | Diplôme ou certificat obtenu<br><i>erworbenes Diplom oder Zeugnis</i> |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|
|                                                               | de<br><i>von</i>                                | à<br><i>bis</i> |                                                                       |
|                                                               |                                                 |                 |                                                                       |
|                                                               |                                                 |                 |                                                                       |
|                                                               |                                                 |                 |                                                                       |
|                                                               |                                                 |                 |                                                                       |



|                                                      |  |  |  |
|------------------------------------------------------|--|--|--|
|                                                      |  |  |  |
|                                                      |  |  |  |
| <b>ÉTUDES SUPÉRIEURES</b><br><i>Hochschulstudium</i> |  |  |  |

| Nom de l'université<br><i>Name der Hochschule,<br/>der Universität</i> | Durée des études<br><i>Dauer des Studiums</i> |                 | Diplôme ou certificat obtenu<br><i>erworbener Universitäts- oder<br/>Hochschulabschluss</i> |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                        | de<br><i>von</i>                              | à<br><i>bis</i> |                                                                                             |
|                                                                        |                                               |                 |                                                                                             |
|                                                                        |                                               |                 |                                                                                             |
|                                                                        |                                               |                 |                                                                                             |
|                                                                        |                                               |                 |                                                                                             |
|                                                                        |                                               |                 |                                                                                             |

**FORMATION POUR VOTRE PROFESSION DE SANTE**  
*Ausbildung für Ihren Gesundheitsberuf*

| Nom de l'université<br><i>Name der Hochschule,<br/>der Universität</i> | Durée des études<br><i>Dauer des Studiums</i> |                 | Diplôme ou certificat obtenu<br><i>Abschlussdiplom oder -zertifikat</i> |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                                                        | de<br><i>von</i>                              | à<br><i>bis</i> |                                                                         |
|                                                                        |                                               |                 |                                                                         |
|                                                                        |                                               |                 |                                                                         |
|                                                                        |                                               |                 |                                                                         |
|                                                                        |                                               |                 |                                                                         |
|                                                                        |                                               |                 |                                                                         |



## 2 - EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE *Berufserfahrung*

Indiquez avec précision votre exercice professionnel antérieur.

*Machen Sie detaillierte Angaben über Ihre vorherige Berufstätigkeit.*

---

---

---

---

## 3 - ÉTABLISSEMENT LÉgal DANS UN OU PLUSIEURS ETATS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE *Rechtmäßige Niederlassung in einem oder mehreren Mitgliedstaaten der Europäischen Union*

Êtes-vous légalement établi(e) dans un autre Etat membre de l'Union européenne pour exercer votre profession ?

*Haben Sie eine rechtmäßige Niederlassung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union?*

☐ **Oui** - Ja

☐ **Non** - Nein

**Si Oui,**

*Falls ja,*

**Indiquez la profession exercée<sup>1</sup> dans l'Etat membre où vous êtes établi(e) :<sup>2</sup>**

*Geben Sie den Beruf an, den Sie in dem Mitgliedstaat ausüben, in dem Sie niedergelassen sind :*

---

---

---

<sup>1</sup> Veuillez indiquer l'intitulé de la profession dans la langue de l'Etat membre où vous êtes établi(e), ainsi que dans la langue de l'Etat membre d'accueil ou, subsidiairement, en anglais, français ou allemand (*Geben Sie bitte den Beruf in der Sprache des Landes an, in dem Sie niedergelassen sind, oder hilfsweise in Englisch, Französisch oder Deutsch*).

<sup>2</sup> Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement (*Im Falle einer mehrfachen Niederlassung, machen Sie die Angaben bitte für jeden Mitgliedstaat*).



Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent ?<sup>3</sup>

*Sind Sie Mitglied einer Berufskammer oder eines gleichwertigen Berufsverbandes ?*

☐ **Oui - Ja**

☐ **Non - Nein**

**Si Oui,**

*Falls ja*

**Indiquez le quel, les coordonnées correspondantes et votre numéro de registre.**

*Geben Sie den jeweiligen Namen, die entsprechenden Kontaktdaten und Ihre Registernummer oder Zulassungsnummer an.*

---

---

---

**Disposez-vous d'une couverture d'assurance ou d'autres moyens de protection personnelle ou collective concernant la responsabilité professionnelle découlant de l'exercice de votre profession?<sup>4</sup>**

*Verfügen Sie über einen Versicherungsschutz oder andere Formen des persönlichen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Berufshaftpflicht für die Ausübung Ihres Berufs?*

☐ **Oui - Ja**

☐ **Non - Nein**

**Commentaires éventuels :**

*Etwaige Bemerkungen :*

---

---

---

<sup>3</sup> Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement. (Im Falle einer mehrfachen Niederlassung, machen Sie die Angaben bitte für jeden Mitgliedstaat) .

<sup>4</sup> Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement. (Im Falle einer mehrfachen Niederlassung, machen Sie die Angaben bitte für jeden Mitgliedstaat) .



#### 4 - CONNAISSANCES LINGUISTIQUES *Sprachkenntnisse*

Indiquez votre niveau de connaissance de la manière suivante :

*Geben Sie das Niveau Ihrer Sprachkenntnisse wie folgt an :*

|                                                 |                                                                       |                                                                                   |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 0 = pas de notions<br><i>keine Kenntnisse</i>   | 1 = élémentaire, scolaire<br><i>elementare, schulische Kenntnisse</i> | 2 = connaissance pratique suffisante<br><i>ausreichende praktische Kenntnisse</i> |
| 3 = approfondie<br><i>gründliche Kenntnisse</i> | 4 = excellente<br><i>ausgezeichnete Kenntnisse</i>                    |                                                                                   |

|                                           |  |
|-------------------------------------------|--|
| Langue maternelle<br><i>Muttersprache</i> |  |
|-------------------------------------------|--|

| Langue<br><i>Sprache</i>                | Expression orale<br><i>Sprechen</i> | Expression écrite<br><i>Schreiben</i> | Lecture<br><i>Lesen</i> | Compréhension<br><i>Verstehen</i> |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| luxembourgeoise<br><i>Luxemburgisch</i> |                                     |                                       |                         |                                   |
| française<br><i>Französisch</i>         |                                     |                                       |                         |                                   |
| allemande<br><i>Deutsch</i>             |                                     |                                       |                         |                                   |
| autre(s)<br><i>Andere</i>               |                                     |                                       |                         |                                   |
|                                         |                                     |                                       |                         |                                   |
|                                         |                                     |                                       |                         |                                   |



## 5 - HONORABILITE PROFESSIONNELLE *Berufliche Ehrenhaftigkeit*

**Est-ce que vous faites l'objet d'une suspension ou d'une interdiction d'exercice de la profession en raison d'une faute professionnelle ou d'une infraction pénale ?**

*Liegt eine zeitweilige Untersagung oder ein Verbot der Ausübung des Berufes wegen eines Berufsvergehens oder einer Straftat gegen Sie vor?*

☐ **Oui - Ja**

☐ **Non - Nein**

**Si Oui, expliquez :**

*Falls ja, erläutern Sie :*

---

---

---

**Est-ce qu'une instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction disciplinaire ou pénale, est en cours à votre rencontre ?**

*Wurde ein Verfahren, welches zu einer Verurteilung, oder zu einer disziplinarischen oder strafrechtlichen Sanktion führen könnte, gegen Sie eingeleitet?*

☐ **Oui - Ja**

☐ **Non - Nein**

**Si Oui, expliquez :**

*Falls ja, erläutern Sie :*

---

---

---

## 6 - AUTRES OBSERVATIONS *Andere Bemerkungen*

---

---

---

---



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Santé  
et de la Sécurité sociale

**! A utiliser dans toutes les  
correspondances !  
Ministère de la Santé  
1, rue Charles Darwin  
L-1433 Luxembourg**

---

---

---

---

---

---

---

Par la présente j'affirme sur l'honneur que les informations fournies sont **sincères**, véritables et complètes.  
*Hiermit erkläre ich ehrenwörtlich, dass die Angaben in diesem Formular ehrlich, richtig und vollständig sind.*

le  
den

(Lieu) Ort

(Date) Datum

(Signature) Unterschrift



## DOCUMENTS À PRODUIRE À L'APPUI POUR OBTENIR L'AUTORISATION D'EXERCER UNE PROFESSION DE SANTÉ AU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

- ☐ copie de l'avis de débit attestant le paiement de la taxe de **75 €** au  
titulaire du compte : **Administration de l'Enregistrement et des Domaines**  
compte bancaire : **IBAN LU80 0019 5955 4435 5000** (Code Swift : **BCEELULL**) - Banque et Caisse  
d'Épargne de l'Etat  
communication : **AUTOPROFSANTE + nom du demandeur**
- ☐ copie du diplôme luxembourgeois ou  
copie de la reconnaissance luxembourgeoise du diplôme étranger ou => Ministère de l'Enseignement  
supérieur et de la Recherche  
copie du diplôme (seulement pour infirmier et sage-femme)
- ☐ attestation de bonne santé physique et mentale (document original - **pas plus de 3 mois de date**)
- ☐ extrait du casier judiciaire du pays de résidence (document original - **pas plus de 3 mois de date**)  
Toutefois lorsque le candidat **réside depuis moins d'un an au pays** dont émane l'extrait susmentionné,  
il doit, le cas échéant, produire **en outre un extrait du casier judiciaire** du ou des pays où il a exercé  
antérieurement sa profession.
- ☐ copie de la carte d'identité
- ☐ si la langue maternelle n'est ni français, ni allemand, ni luxembourgeois : preuve des connaissances  
linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession soit en français soit en allemand  
Cette preuve peut être faite par tout moyen : p.ex. copie des titres de formations obtenus dans une  
de ces deux langues, copie du titre délivré par un centre des langues/université/autre attestant la  
connaissance du français ou de l'allemand, preuve d'une expérience professionnelle dans un pays  
francophone/germanophone. En cas de doute des vérifications supplémentaires pourront être  
nécessaires.
- ☐ si le demandeur n'est pas ressortissant d'un Etat de l'Espace Economique Européen : autorisation de  
séjour pour le Grand-Duché de Luxembourg, délivrée par la Direction de l'Immigration, 26, route  
d'Arlon, L-1140 Luxembourg, [immigration.public@mae.etat.lu](mailto:immigration.public@mae.etat.lu).

Au cas où les documents dont question ci-avant seraient rédigés en une langue autre que le français, le luxembourgeois ou l'allemand, une traduction certifiée par un traducteur agréé soit au Grand-Duché, soit dans le pays d'origine ou de provenance, est annexée.



## ZUSÄTZLICHE UNTERLAGEN UM DIE AUSÜBUNG EINES GESUNDHEITSBERUFES ZU BEANTRAGEN

- ☐ Zahlungsnachweis der Gebühr von **75 €** an den  
Kontoinhaber: **Administration de l'Enregistrement et des Domaines**  
Kontonummer : **IBAN LU80 0019 5955 4435 5000** (Code Swift : **BCEELULL**) - Banque et Caisse d'Epargne  
de l'Etat  
Verwendungszweck: **AUTOPROFSANTE + Name des Antragstellers**
- ☐ Kopie des luxemburgischen Diploms oder  
Kopie der luxemburgischen Anerkennung des ausländischen Diploms oder  
Kopie des Diploms (für Infirmier und Sage-femme)
- ☐ Ärztliches Attest über physische und psychische Gesundheit (Original - **darf nicht älter als 3 Monate  
sein**)
- ☐ Polizeiliches Führungszeugnis des **Wohnsitzlandes** (Original – **darf nicht älter als 3 Monate sein**)  
Der Antragsteller, der **weniger als ein Jahr in dem betreffenden Land wohnhaft** ist, von dem das  
obengenannte Führungszeugnis ausgestellt wurde, muss gegebenenfalls eine gleichwertige  
Bescheinigung der Behörde des Landes vorlegen, in dem er vorher seinen Beruf ausgeübt hat.
- ☐ Kopie des Personalausweises
- ☐ Falls die Muttersprache nicht Deutsch, Französisch oder Luxemburgisch ist: Nachweis der  
berufsspezifischen Sprachkenntnisse im Deutschen oder Französischen.  
Dieser Nachweis kann unter anderem durch folgende Dokumente erbracht werden: Kopie der  
Ausbildungsnachweise in einer dieser Sprachen, Kopie des Diploms einer  
Sprachschule/Universität/sonstigen Einrichtung, welches die Kenntnisse in Deutsch oder Französisch  
bescheinigt, Arbeitsnachweis aus einem deutsch- oder französischsprachigen Land. Im Zweifelsfall  
können weitere Nachweise erforderlich sein.
- ☐ Falls der Antragsteller nicht Staatsangehöriger der Europäischen Union ist : Aufenthaltsgenehmigung  
für das Großherzogtum Luxemburg, ausgestellt von der Direction de l'Immigration, Service des  
étrangers, 26, route d'Arlon, L-1140 Luxembourg, [immigration.public@mae.etat.lu](mailto:immigration.public@mae.etat.lu).

Falls eines der obengenannten Dokumente in einer anderen als der französischen, luxemburgischen oder deutschen  
Sprache verfasst ist, ist zusätzlich eine entsprechende Übersetzung erforderlich. Die Richtigkeit der Übersetzung muss  
von einem hierfür in Luxemburg oder dem Herkunftsland staatlich anerkannten Übersetzer bescheinigt sein.