

**République Algérienne Démocratique et Populaire**  
**Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière**

**Wilaya d :**

**Demande d'agrément pour la création**  
**d'un établissement privé de formation paramédicale**

**Réf. :**

- Décret exécutif n° 98-371 du Chaâbane 1419 correspondant au 23 novembre 1998 fixant les conditions de création, de fonctionnement et de contrôle des établissements privés de formation paramédicale.
- Arrêté du 28 Rabie Ethani 1420 correspondant au 10 Août 1999 fixant les normes des locaux et es équipements des établissements privés de formation paramédicale.

Date de dépôt :.....

signature du fondateur

Récépissé n° :.....du.....

## **Demande du fondateur :**

Une demande datée et signée par le fondateur précisant la ou les formations à assurer selon le canevas ci-joint.

<b>N°</b>	<b>Filière</b>	<b>Le nombre d'élèves par promotion</b>	<b>Conditions d'accès</b>	<b>Durée de la formation</b>	<b>Sanction de la formation</b>	<b>Terrains de stage</b>
<b>01</b>						
<b>02</b>						
<b>03</b>						
<b>04</b>						
<b>05</b>						
<b>06</b>						
<b>07</b>						
<b>08</b>						
<b>09</b>						
<b>10</b>						
<b>.....</b>						
<b>Total</b>						

\*Joindre :

- Le ou les programmes de formation,
- La liste et adresses des terrains d'application pratique pour chaque filière,
- Les conventions revêtues des avis préalables et signées par les responsables des structures d'accueil en tant que terrains de stage.

## Fiche d'identification

### **1. Du fondateur :**

#### **1.1. Pour les personnes physiques :**

Nom :.....

Prénom :.....

Date et lieu de naissance :.....

Adresse :.....

Téléphone :.....

E-mail :.....

#### **\*Joindre :**

- Un certificat de nationalité,
- Un extrait du casier judiciaire.

#### **1.2. Pour les personnes morales :**

Raison sociale de l'organisme :.....

Nom et prénom(s) du responsable ayant tous pouvoirs pour représenter la  
personne morale :.....

Date et lieu de naissance :.....

Fonction (agissant en tant que) :.....

Adresse :.....

Téléphone :.....

Télex ou fax :.....

E-mail :.....

#### **\*Joindre :**

- Un certificat de nationalité,
- Une copie des statuts juridiques de l'organisme.

## Fiche d'identification

### 2. Du directeur pédagogique :

Nom et prénom:.....

Date et lieu de naissance :.....

Situation familiale :.....

Adresse personnelle:.....

Téléphone :.....

E-mail :.....

#### **\*Joindre :**

- Un certificat de nationalité,
- Un extrait du casier judiciaire,
- Curriculum Vitae,
- Les copies certifiées conformes des diplômes d'enseignement paramédical ou de formation supérieure.

<b>L'établissement de formation</b>	<b>Durée des études</b>	<b>Titres ou diplômes obtenus</b>

Expérience professionnelle :

<b>Etablissement(s) employeur(s)</b>	<b>Poste (s) occupé (s)</b>	<b>Durée du.... au.....</b>	<b>Observations</b>

#### **\*Joindre :**

- Les copies certifiées des certificats de travail accompagnées d'un état de services.

## Fiche d'identification

### **3. De l'établissement :**

#### **3.1. Dénomination :**

.....

#### **3.2. Lieu d'implantation de l'établissement construit**

Rue :.....N° :.....

Commune :.....Daira :.....

Wilaya :.....Code postal :.....

Fonction (agissant en tant que) :.....

Téléphone :.....Télex :.....

Fax :.....E-mail :.....

#### **3.3. Statut juridique des locaux :**

- Location / joindre une copie du contrat de location dont la durée doit couvrir une durée d'au moins de trente six mois.
- Propriété privée / copie du titre de propriété.

#### **3.4. Plans de la structure :**

\*Joindre :

- Le de masse au 1/100 ème indiquant l'affectation de chaque local.
- Le plan en coupe.

#### **3.5. Conformité de l'infrastructure à la réglementation en vigueur en matière d'hygiène et de sécurité :**

- Procès verbal de conformité délivré par les services de la protection civile.
- Certificat de conformité délivré par les services du contrôle technique de la construction.
- Certificat de conformité d'hygiène et de salubrité délivré par les services de la DSP.

#### **3.6. Horaires de fonctionnement prévus :**

Matin : de.....à.....heures.....Après-midi : de.....à.....heures

Y compris jeudi

\*préciser s'il s'agit éventuellement d'un fonctionnement à temps partiel :

## Description des locaux

### 1. Locaux administratifs: Préciser le nombre et donner les superficies respectives.

N°	Usage	Superficie
01		
02		
03		
04		
....		
Total		

### 2. Locaux pédagogiques:

N°	Nature	Nombre	Superficie unitaire	Equipement (nature)	Observations (aération, éclairage ventilation naturelle)
01	Salle de cours				
02	Salle des professeurs				
03	Salle de travaux pratiques				
04	Bibliothèque				
05	Salle d'archives				
06	Point de stockage de matériel didactique et pédagogique				
07	Autres (préciser)				

### 3. Services communs:

#### 3.1. Obligatoires :

- Infirmerie.
- Sanitaires : garçons                      filles : (préciser le nombre)
- Couloirs : préciser la largeur et la nature de l'éclairage : naturel, artificiel ou mixte – autres :

#### 3.2. Facultatifs :

Internat : préciser

- Le nombre de chambres, le nombre de lits par chambre, la superficie unitaire.
- Le nombre de sanitaires, de douches et de lavabos

Cantine (nombre de repas/jour) ;

foyer : Oui       Non

## Personnel administratif, technique et pédagogique

1. Personnel administratif et technique : préciser le nombre
2. Personnel pédagogique\* :

Nom	Prénom	Diplôme	Nombre d'année d'exercice	Enseignement à charge dans établissement	Quantité		
					Vacataire	Contractuel	Permanent
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
Total							

**N.B** : Joindre les pièces et titres justificatives.

**\*Toute modification de la liste de personnel pédagogique doit être signalée à la DSP dans le mois suivant le changement.**

## Équipement technico-pédagogiques

Identification des équipements*	Nombre	Etat		Spécialité concernée
		Usagé	Neuf	

**\*En fonction de l'arrêté du 10 Août 1999 fixant les normes des locaux et des équipements.**