



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

Service de la formation professionnelle

DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER LA PROFESSION D'AUXILIAIRE DE VIE

Par la présente, je soussigné(e)

Nom: _____
Prénom(s): _____
Lieu et pays de naissance: _____
Date de naissance: _____
Nationalité: _____
Adresse: _____
Code postal: _____
Localité: _____
Pays: _____
Tél ou GSM: _____
Courriel: _____

demande l'autorisation d'exercer la profession d'auxiliaire de vie.

Je joins à cette demande une copie de l'avis de débit attestant le paiement de la taxe de **75 €** à l'**Administration de l'Enregistrement et des Domaines** compte bancaire: **IBAN LU13 1111 0011 4679 0000** auprès des Chèques Postaux (Code Swift: **CCPLLULL**) avec la communication: **EXERPROFDAPAV + nom du/de la demandeur(e)**.

_____, le _____
(Lieu) (Date)

(Signature)