

## L'Employeur

**Nom de l'employeur (ASBL...)** : \_\_\_\_\_

**Nom du service** : \_\_\_\_\_

**Adresse** : \_\_\_\_\_

**Tél.** : \_\_\_\_\_ **Courriel** : \_\_\_\_\_

**Personne représentant l'employeur** : \_\_\_\_\_ **Fonction** : \_\_\_\_\_

**Personne de contact** : \_\_\_\_\_ **Fonction** : \_\_\_\_\_  
 (pour les formations)

**Nom du référent formation (+ courriel)** : \_\_\_\_\_

**N° FESC** : \_\_\_\_\_

**N° d'immatriculation ONSS** (à renseigner obligatoirement) : \_\_\_\_\_ - - - - -

## Inscrit le Travailleur

**Nom** : \_\_\_\_\_ **Prénom** : \_\_\_\_\_  
 En majuscule

**GSM** : \_\_\_\_\_ **Courriel** : \_\_\_\_\_

**Statut** :  Salarié  Employé  Ouvrier  
 PTP  PFI / FPI  temps plein  
 Stage alternance/transition **Temps de travail** :  < temps plein et > mi-temps  
 Volontaire  ALE  mi-temps  < mi-temps  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Fonction** :  Accueillant  Animateur  Inférieur au CESI / CESDD: certificat d'ensei-  
 Assistant Social  Coordinateur gnement secondaire inférieur / 2<sup>ième</sup> degré  
 Directeur  Educateur  Egal au CESI / CESDD  
 Formateur  Infirmier **Diplôme** :  Egal au CESS : certificat d'enseignement  
 Psychologue  Puériculteur secondaire supérieur  
 Responsable  Secrétaire  Supérieur - type court  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  Supérieur - type long

**Genre** : \_\_\_\_\_ **Date de naissance** : \_\_\_\_\_ **Date entrée dans le service** : \_\_\_\_\_

**Ce travailleur est-il affecté à une activité ex-FESC ?**  oui -  non. Si oui, laquelle<sup>1</sup> ? \_\_\_\_\_

**Si votre entrée dans le service a eu lieu après 01/10/2016, étiez-vous déjà sous contrat de travail avant cette date ou étiez-vous inoccupé la veille de votre engagement ?**  sous contrat de travail -  inoccupé

**Etes-vous en période de préavis ?**  non -  oui

**Avez-vous une aptitude au travail réduite (exemple : situation de handicap, reprise du travail suite à invalidité après accident de travail, maladie professionnelle) ?**  non -  oui

**Domicile** :  BXL -  RW -  FL -  Hors BE **Nationalité** :  BE -  UE -  Hors UE

A la <u>Formation</u>			
Code	Intitulé de la formation	Organisme de formation	Dates

Nous avons pris connaissance des conditions générales, du contenu de la formation, du public cible et des prérequis éventuels.

Date \_\_\_\_\_ Cachet \_\_\_\_\_ Signature employeur \_\_\_\_\_ Signature travailleur \_\_\_\_\_

### Conditions générales:

Conditions générales: L'inscription aux formations est ouverte aux travailleurs relevant d'une institution ex-FESC (et affectés à cette activité ex-FESC) et entraîne l'engagement ferme d'y participer. L'inscription est limitée à quatre travailleurs de la même Asbl par module de formation (sauf dans le cas d'une demande de formation sur site). En cas de désistement, il est demandé d'avertir l'APEF le plus rapidement possible par écrit, et d'en expliciter les motifs. Les absences injustifiées ou sans motif valable ainsi que les désistements tardifs pourront entraîner le refus de nouvelles inscriptions. Pour les travailleurs salariés, la participation aux formations fait partie du temps de travail. Pour que cette inscription soit valide, tous les champs de ce formulaire doivent être complétés. Dans les 15 jours qui suivent la réception du formulaire d'inscription, un courrier est envoyé au travailleur à l'adresse du service (cf procédure d'inscription).

<sup>1</sup> Accueil d'enfants malades à domicile, accueil d'urgence, accueil extrascolaire, accueil flexible 0-3 ans, accueil flexible 3-12 ans, coordination

**Renseignements généraux**

Nom du service	
----------------	--

Formation	Intitulé	Opérateur	Nombre de jours

Personnes inscrites	Nom	Prénom	Fonction	

**Lien entre la formation et les besoins du service**

Pourquoi demandez-vous l'organisation de la formation ? (origine de la demande)	En quoi cette formation peut répondre à vos besoins ? (résultats attendus)

**Avis des délégués syndicaux**

Y a-t-il une délégation syndicale (DS) au sein de votre service (ou un CPPT ou un CE) ?  OUI -  NON  
 Y a-t-il une délégation syndicale inter-centres (DSI) compétente pour votre service ?  OUI -  NON  
 Si oui, veuillez les informer de la présente inscription et demander leur avis.  
 Si non, veuillez envoyer cette annexe par mail aux permanents syndicaux régionaux (avec le Fonds MAE en copie).

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Signature :	Signature :	Signature :
Mandat : <input type="checkbox"/> DS - <input type="checkbox"/> CPPT - <input type="checkbox"/> CE	Mandat : <input type="checkbox"/> DS - <input type="checkbox"/> CPPT - <input type="checkbox"/> CE	Mandat : <input type="checkbox"/> DS - <input type="checkbox"/> CPPT - <input type="checkbox"/> CE
Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CSC-CNE - <input type="checkbox"/> FG TB-SETCa - <input type="checkbox"/> CGSLB	Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CSC-CNE - <input type="checkbox"/> FG TB-SETCa - <input type="checkbox"/> CGSLB	Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CSC-CNE - <input type="checkbox"/> FG TB-SETCa - <input type="checkbox"/> CGSLB