



**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 conseiller en prévention (+ courriel) \_\_\_\_\_

Nombre de travailleurs salariés ..... et en équivalents temps plein .....

Agrément COCOF  non -  oui      Présence CPPT  non -  oui

N° d'immatriculation ONSS (à renseigner obligatoirement)      - - -      - - - - - - - -      - -

**Inscrit le Travailleur**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

En majuscule

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

Statut :  Salarié :  Employé  Ouvrier  
 PTP  PFI / FPI  
 Stage alternance/transition  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Fonction :  Accueillant  Animateur  
 Assistant Social  Coordinateur  
 Directeur  Educateur  
 Formateur  Infirmier  
 Psychologue  Puériculteur  
 Responsable  Secrétaire  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Temps de travail :  temps plein  
 < temps plein et > mi-temps  
 mi-temps       < mi-temps

Diplôme :  Inférieur au CESI / CESDD: certificat d'enseignement secondaire inférieur / 2<sup>ième</sup> degré  
 Egal au CESI / CESDD  
 Egal au CESS : certificat d'enseignement secondaire supérieur  
 Supérieur - type court  
 Supérieur - type long

Si vous exercez la fonction de conseiller en prévention, depuis quelle date ? \_\_\_\_\_

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

Si votre entrée dans le service a eu lieu après 01/10/2015, 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 Formation**

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:**  
 L'inscription aux formations est ouverte aux travailleurs salariés relevant d'institution des secteurs 319, 329, 327, 330 (sous réserve de l'accord de l'ABBET) et 332 et entraîne l'engagement ferme d'y participer. L'inscription est limitée à quatre travailleurs de la même Asbl par module de formation. 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.  
**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 (cf procédure d'inscription).  
**Pour les services relevant de la SCP 319.02 (Fonds ISAJH), il est obligatoire de compléter l'annexe au verso.**  
**Pour les services relevant de la SCP 329.02 et 329.03, les inscriptions seront prises en compte dans la limite des budgets disponibles.**  
**Pour les services relevant de la SCP 327 (FSE des ETA), il existe des conditions particulières qui peuvent être consultées dans les pages d'introduction du catalogue FORMAPEF ou sur le site [www.apefasbl.org/news](http://www.apefasbl.org/news)**

# ANNEXE AU FORMULAIRE D'INSCRIPTION

obligatoire seulement pour les inscriptions relevant du Fonds ISAJH – SCP 319.02

## Renseignements généraux

Nom du service	
Nom et prénom du travailleur	
Intitulé de la formation	

## Lien entre la thématique de la formation et le plan de formation du service (les enjeux collectifs)

Y a-t-il un « Plan de formation » pour votre service ?  OUI -  NON

Si oui, explicitez en quoi la thématique est présente dans le plan de formation (ou le complète utilement)	Si non, explicitez en quoi cette thématique correspond à des enjeux collectifs du service

## Avis des délégués syndicaux

Y a-t-il une délégation syndicale au sein de votre service (ou un CPPT ou un CE) ?  OUI -  NON

Si oui, veuillez les informer de la présente inscription et demander leur avis :

Nom : Prénom :	Nom : Prénom :	Nom : 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"/> FGTB-SETCa <input type="checkbox"/> CGSLB	Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CSC-CNE <input type="checkbox"/> FGTB-SETCa <input type="checkbox"/> CGSLB	Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CSC-CNE <input type="checkbox"/> FGTB-SETCa <input type="checkbox"/> CGSLB