

Fonds Social Aide Sociale et Soins de Santé

A renvoyer à coach.sectoriel@apef-febi.org
Ou Square Saintelette, 13-15 – 1000 Buxelles - Fax: 02/227.69.07



FICHE D'IDENTIFICATION PRÉALABLE A L'ENGAGEMENT

Année scolaire 2017-2018

1. INFORMATIONS CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Nom de l'institution	
Adresse	
N° ONSS complet	
Personne de contact	
Fonction	
Téléphone	
Fax	
E-mail	
Fonction prévue pour le jeune	
Barème prévu pour le jeune	
Période prévue d'engagement du jeune	
Nom du responsable de l'institution	

2. INFORMATIONS CONCERNANT LE TUTEUR

Nom du tuteur	
Fonction principale	
Dernier diplôme obtenu	
Téléphone	
Fax	
Email	
Date de naissance	
Nombre d'année d'ancienneté dans la fonction	
Nombre d'année d'ancienneté dans l'institution	
Nombre d'heures de travail par semaine	

Prévoyez-vous de demander un financement pour de l'embauche compensatoire concernant le tutorat (4h/semaine – 400€ par mois), OUI – NON

Si OUI :

Le tuteur est à temps partiel et augmentera son temps de travail pour la mission tutorale.

Le tuteur est à temps partiel ou à temps plein et n'augmente pas son temps de travail. Une partie de ses activités seront reprises par un collègue pour qu'il puisse effectuer sa mission tutorale.

Date et signature du responsable de l'institution:

Fonds Social Aide Sociale et Soins de Santé

A renvoyer à coach.sectoriel@apef-febi.org
Ou Square Saintelette, 13-15 – 1000 Buxelles - Fax: 02/227.69.07

3. IDENTIFICATION DU CEFA

Nom de l'institution	
Adresse	
Personne de contact	
Fonction	
Téléphone	
Fax	
E-mail	

Date et signature :

4. IDENTIFICATION DU JEUNE

Nom du jeune	
Filière de formation suivie	
Année suivie	
Téléphone/GSM	
Email	
Date de naissance	
Dernier diplôme obtenu	

Date et signature :

Fonds Social Aide Sociale et Soins de Santé

A renvoyer à coach.sectoriel@apef-febi.org
Ou Square Saintelette, 13-15 – 1000 Buxelles - Fax: 02/227.69.07



5. IDENTIFICATION CONCERTATION SOCIALE

Présence de représentants syndicaux au sein de l'institution ?

NON :

1) Veuillez compléter l'ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

<ul style="list-style-type: none">L'ensemble du personnel de l'institution a été informé du projetLes personnes concernées ont marqué leur accord			
NOM et Prénom du responsable	Fonction	Signature du responsable	Date

2) **ET** Veuillez envoyer **VOTRE DOSSIER COMPLET** par mail aux permanents syndicaux des trois organisations de votre région (en copie : CoachSectoriel@apef-febi.org). La liste des permanents syndicaux régionaux est disponible sur le site du Fonds ASSS et MAE¹.

OUI

Veuillez joindre l'avis des représentants syndicaux :

Avis syndical		Date :
NOM et Prénom	NOM et Prénom	NOM et Prénom
Signature	Signature	Signature
Mandat : DS <input type="checkbox"/> - CPPT <input type="checkbox"/> - CE <input type="checkbox"/>	Mandat : DS <input type="checkbox"/> - CPPT <input type="checkbox"/> - CE <input type="checkbox"/>	Mandat : DS <input type="checkbox"/> - CPPT <input type="checkbox"/> - CE <input type="checkbox"/>
Organisation syndicale : CNE/CSC <input type="checkbox"/> - SETCA/FGTB <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/>	Organisation syndicale : CNE/CSC <input type="checkbox"/> - SETCA/FGTB <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/>	Organisation syndicale : CNE/CSC <input type="checkbox"/> - SETCA/FGTB <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/>

¹ http://www.apefasbl.org/les-fonds-de-formation/ess-etablissements-et-services-de-sante/asss-delegation-syndicale/at_download/file