

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 2018-2019

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:

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