

**Formulaire d'activation¹ de la Convention de partenariat
entre les Fonds sociaux de formation du secteur non marchand (asbl FE.BI & APEF) et
un Etablissement d'Enseignement de Promotion sociale (Version 11 avril 2011)**

CE FORMULAIRE ORIGINAL SIGNE DOIT ÊTRE ENVOYÉ AU REPRESENTANT DE VOTRE RESEAU (pas de photocopie)

Matricule de l'établissement	N° du formulaire d'activation (réservé à l'administration)	Année scolaire	Date de la demande
		20..... - 20..... /..... /20.....

1. IDENTIFICATION

Dénomination de l'établissement	
Fax	
Adresse	
Pouvoir organisateur	
Représenté par le directeur ² de l'établissement	Nom, Prénom : Tél : E-mail :

2. REFERENCES DE L'UNITE DE FORMATION ACTIVEE

Intitulé de l'UF	Code de référence	N° administratif	Niveau	Total des périodes prof.	Périodes en 20....	Périodes en 20.....

3. CALENDRIER ET LIEU DE LA FORMATION

Date du début de la formation : / / 20.....

Date de fin de la formation : / / 20.....

Lieu de la formation³ (adresse) :

4. AXE et PARTICIPANTS

De quel(s) Fonds relèvent les travailleurs du secteur privé ? :

Dénomination et adresse de l'institution partenaire :

De quel axe relève la formation (à compléter par le Comité de suivi) :

¹ Un formulaire d'activation par unité de formation. Dès que la présente est approuvée par le Comité de suivi, elle est signée par son Président et par un représentant de FE.BI-APEF. L'exemplaire original est alors transmis à l'Administration qui se charge d'en diffuser copie aux établissements concernés et aux asbl FE.BI & APEF.

² Le masculin est employé à titre épique.

³ Si celui-ci diffère de l'adresse mentionnée au point 1.

Nombre de participants minimum préconisé par l'établissement	Décision du Comité de suivi :
Nombre de participants maximum préconisé par l'établissement	Décision du Comité de suivi :

Nombre de travailleurs relevant des Fonds ⁴ :	Autres :
--	----------

Les 4 documents suivants doivent être envoyés à l'adresse e-mail : promsoc@afosoc-vesofo.org

- la liste des participants arrêtée au premier jour de la formation et envoyée le 1^{er} jour ouvrable qui suit le début de la formation (annexe 1) ;
- la « fiche individuelle du participant » complétée par chaque participant dans les 10 jours ouvrables qui suivent le début de la formation (annexe 2) ;
- l'« évaluation de la formation par l'établissement » complétée par l'établissement dans les 10 jours ouvrables qui suivent la fin de la formation (annexe 3) ;
- l'« évaluation de la formation par le participant » complétée par chaque participant (annexe 4).

5. BUDGET DE LA FORMATION

A. COUT DES PERIODES

Intitulé de l'UF	Code UF	Nbre de périodes CT-CG	Nbre de périodes PP	Niveau : SI - SS - SU	Nombre de groupes	Prix/période	Total (Nbre périodes X prix)
							€

B. FRAIS COMPLEMENTAIRES DEMANDES

1. Frais complémentaires de base (ex : documents pédagogiques, fournitures de bureau, photocopies...) pris en charge pour les travailleurs relevant des Fonds à concurrence :

- de maximum 0.50€ par personne par période pour les formations de maximum 50 périodes.
- de maximum 0.40€ par personne par période pour les formations de 51 à 99 périodes.
- de maximum 0.30€ par personne par période pour les formations de 100 périodes ou plus.

Calcul : Nombre d'étudiants relevant des Fonds X nombre de périodes X montant des frais complémentaires

.....X.....X ... 0,..... .€ = €

2. Dépenses extraordinaires (ex : locaux, déplacements, location matériel...). La demande sera examinée au cas par cas par le(s) Fonds.

Nature des frais	Pour un montant de
	€
	€
Total	€

Le paiement des frais complémentaires s'effectue au numéro de compte-.....-..... ouvert au nom de

Les frais complémentaires (B1 et B2) seront payés à la réception d'une déclaration de créance/note de frais envoyée au Fonds en même temps que l'annexe 2.

Date et signature du directeur de l'établissement/Pouvoir organisateur	Date et signature du président du Comité de suivi de la convention	Date et signature FE.BI ou APEF
--	--	---------------------------------

⁴. Un minimum de 80% des participants relèvera des Fonds FE-BI et APEF. Si le groupe est incomplet une semaine avant le début de la formation, il peut être complété par d'autres participants sans jamais dépasser le nombre maximum de participants fixé dans le formulaire d'activation et en garantissant qu'au moins 80% du nombre minimum soient des participants relevant d'un ou plusieurs Fonds. Cette exigence sera vérifiée a posteriori. En cas de non respect de ces dispositions, la formation sera à charge de la dotation de périodes de l'Etablissement concerné (exemple : le Comité de suivi ayant fixé le nombre de participants minimum à 10 et le nombre maximum à 15, si l'Etablissement a inscrit 10 participants dont 8 relèvent d'un Fonds, il peut encore en inscrire 5 qui ne relèvent pas d'un des Fonds).

LISTE DES PERSONNES INSCRITES **ANNEXE B**
à envoyer le 1^{er} jour ouvrable qui suit le début de la formation
à l'adresse email : promsoc@afosoc-vesofo.org



A compléter par l'établissement

Intitulé de la formation	Matricule de l'établissement	N° du formulaire d'activation	Date de début de formation	Date de fin de formation
		/...../20...../...../20.....

Le chef de l'établissement :
déclare en date du/...../20..... que les personnes suivantes étaient inscrites le premier jour de la formation

	Nom	Prénom	Nom de l'employeur	Date d'inscription (différente date début formation)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Etc.

FICHE INDIVIDUELLE DU PARTICIPANT¹**ANNEXE C**

Uniquement pour les personnes relevant du secteur.

à envoyer par l'établissement dans les 10 jours ouvrables qui suivent le début de la formation
à l'adresse e-mail: promsoc@afosoc-vesofo.org

A compléter par l'établissement

Matricule de l'établissement	N° du formulaire d'activation	Date de début de formation	Date de fin de formation
	/...../20...../...../20.....

A compléter par chaque participant**1. Coordonnées du (ou de la) participant(e)**Nom⁶:Prénom⁷:

Genre :

-
- Homme
-
-
- Femme

Domicile :

-
- Bruxelles
-
-
- Wallonie
-
-
- Flandre
-
-
- Hors Belgique

Nationalité :

-
- Belge
-
-
- Union européenne
-
-
- Autre

Niveau de diplôme :

-
- Inférieur au CESDD/CESI
- ²
-
-
- Egal au CESDD/CESI
-
-
- Egal au CESS
- ³
-
-
- Supérieur type court
- ⁴
-
-
- Supérieur type long
- ⁵

Statut :

-
- Employé
-
-
- Ouvrier
-
-
- Agent d'un service public
-
-
- Demandeur d'emploi
-
-
- Indépendant
-
-
- Autre :

Ancienneté dans votre institution (en nombre d'années) :

Age :

Fonction exercée (une seule réponse) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accueillant | <input type="checkbox"/> Educateur |
| <input type="checkbox"/> Aide familial | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Aide-logistique | <input type="checkbox"/> Informaticien |
| <input type="checkbox"/> Aide ménager | <input type="checkbox"/> Infirmier |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> animateur | <input type="checkbox"/> Logopède |
| <input type="checkbox"/> Assistant social | <input type="checkbox"/> Médiateur |
| <input type="checkbox"/> Comptable | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Conseiller conjugal | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Coordinateur | <input type="checkbox"/> Puéricultrice |
| <input type="checkbox"/> Criminologue | <input type="checkbox"/> Secrétaire |
| <input type="checkbox"/> Directeur | <input type="checkbox"/> Technicien de surface |
| <input type="checkbox"/> Documentaliste | <input type="checkbox"/> Autre : précisez |

2. Coordonnées de l'employeur

Appellation :

Secteur (ex : maisons de repos, hôpitaux, maisons médicales, MAE, Aide à la jeunesse, ...) :

Adresse :

CP :

Localité :

3. Date et signature du participant¹¹ Le masculin est employé à titre épiciène.

L'exploitation des données reste du ressort des signataires, en référence à législation sur la protection de la vie privée.

² = certificat d'enseignement secondaire du deuxième degré.³ = certificat d'enseignement secondaire supérieur (6^{ème} année générale ou technique ; 7^{ème} professionnelle).⁴ = graduat, régentat, baccalauréat.⁵ = licence, master.⁶ = Donnée facultative⁷ = Donnée facultative

EVALUATION DE LA FORMATION PAR L'ETABLISSEMENT

ANNEXE D

à envoyer dans les 10 jours ouvrables qui suivent la fin de la formation à l'adresse e-mail : promsoc@afosoc-vesofo.org

A compléter par l'établissement

Matricule de l'établissement	N° du formulaire d'activation	Date de début de formation/...../20.....	Date de fin de formation/...../20.....

Le directeur de l'établissement :
déclare en date du/...../20..... que les personnes suivantes ont suivi la formation de.....

VEUILLEZ INDIQUER LE NOMBRE DE PARTICIPANTS AYANT :

suivi régulièrement les cours	abandonné	réussi	pas réussi

RESUME:

	Travailleurs relevant des Fonds			Demandeurs d'emploi	Travailleurs du secteur public
	Fonds ⁵ :	Fonds	Fonds		
Nombre de participants effectifs					

EVALUATION DE LA FORMATION PAR L'ETABLISSEMENT

⁵ Exemples : Maisons de repos, Hôpitaux privés, Milieux d'accueil d'enfants, ISAJH, ...

PUBLIC CIBLE

Par rapport au niveau d'études et à l'expérience des participant(e)s, le groupe était :

Hétérogène
vécu négativement

Hétérogène
vécu positivement

Homogène
vécu négativement

Homogène
vécu positivement

Justifiez votre réponse.

.....
.....

CONTENU - DUREE

Le programme correspond-il aux besoins des participants (en termes de contenu et de durée) ?

.....
.....
.....

Quels sont les points forts de la formation ?	Quels sont les points à améliorer dans la formation ?
.....

à envoyer dans les 10 jours ouvrables qui suivent la fin de la formation

à l'adresse e-mail : promsoc@afosoc-vesofo.org

A compléter par l'établissement

Matricule de l'établissement	N°du formulaire d'activation	Date de début de formation	Date de fin de formation
	/...../20...../...../20.....

A compléter par chaque participant

1. La formation a-t-elle répondu à vos attentes ?

.....

2. Pourriez-vous évaluer la formation sur une échelle de 1 à 4 (1 étant insatisfaisant et 4 excellent) ?

.....

3. Quels éléments de cette formation pourriez-vous mettre en pratique dans votre travail?

.....

Votre avis à propos de différents aspects de la formation :

4. La logistique	<i>Très bien</i>	<i>Bien</i>	<i>Faible</i>	<i>Insuffisant</i>
Procédure d'inscription, invitation				
Accueil, lieu de formation				

5. Le contenu de la formation	<i>Très bien</i>	<i>Bien</i>	<i>Faible</i>	<i>Insuffisant</i>
Adéquation avec les objectifs annoncés				
Adaptation par rapport aux besoins				

6. Le(s) formateur(s) et la pédagogie	<i>Très bien</i>	<i>Bien</i>	<i>Faible</i>	<i>Insuffisant</i>
Animation pédagogique				
Supports pédagogiques : syllabus, vidéo...				
Contenus théoriques				
Exercices pratiques				
Exemples de terrain				

7. Le groupe de formation	<i>Très bien</i>	<i>Bien</i>	<i>Faible</i>	<i>Insuffisant</i>
Echanges entre participants, discussions				

	<i>Trop peu de participants</i>	<i>Trop de participants</i>
Nombre de participants adéquat pour la formation		

8. L'apport de la formation	<i>Très bien</i>	<i>Bien</i>	<i>Faible</i>	<i>Insuffisant</i>
Sur le plan des connaissances théoriques				
Sur le plan des compétences				
Sur le plan du savoir-être				
Rencontre de vos attentes				

9. Perspectives de mise en pratique de la formation	<i>Très bien</i>	<i>Bien</i>	<i>Faible</i>	<i>Insuffisant</i>
Utilisation de ce qui a été appris en formation				

10. Deux points forts de la formation

11. Deux points à améliorer dans la formation

--	--

INSTITUT D ENSEIGNEMENT
DE PROMOTION SOCIALE DE

.....
.....

Matricule :

Adresse:

Tél. : Fax. :

E-Mail :

ATTESTATION DE DÉMARRAGE

(Partenariat APEF/FEBI - Enseignement de Promotion sociale)

Je soussigné(e),, directeur/directrice de l'Institut
d'Enseignement de Promotion sociale decertifie que :

La formation « », dont la fiche d'activation porte le n°
....., a débuté *le..... et se termine le.....*, le nombre de stagiaires inscrits étant
de

Fait à....., le

La Direction