

### L'Employeur

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

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

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

**Tél. :** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### Inscrit le Travailleur

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

**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

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

**Si votre entrée dans le service a eu lieu après 01/10/2017, 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

Par ces signatures, nous attestons avoir 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:**

Pour que cette inscription soit valide, tous les champs de ce formulaire doivent être complétés. L'inscription aux formations est ouverte aux travailleurs salariés relevant des SCP 319.02, 327.02, 327.03, 329.02 et 329.03 ou 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.** 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 329.02 et 329.03,** toutes les inscriptions sont comptabilisées via un forfait journalier (80 €/jour) et par personne dans le budget maximum autorisé (BMA) par asbl. En cas d'annulation de votre part, le montant lié reste comptabilisé dans le BMA de votre asbl, quel que soit le motif de l'annulation.