

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 ou numéro BCE(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^{ième} 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 01/10/2020, 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 l'intervision

Code	Intitulé de la formation	Organisme de formation	Dates
INTERVCOV	Intervision post covid		

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:

L'inscription aux formations est ouverte aux travailleurs salariés relevant des CP 319.02 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.

