



C/o APEF Asbl – Fonds Social MAE – Qualifesc : Square Saintelette 13/15 à 1000 Bruxelles
02/227.22.43 – qualifesc@apefasbl.org – www.qualifesc.be

BOURSES ACTIONS FORMATIVES

ACTE DE CANDIDATURE 2018

A renvoyer à la Cellule Qualifesc pour le **1^{er} novembre 2018** au plus tard
Un seul envoi suffit et de préférence par email, merci.

1. Coordonnées de l'organisme qui introduit la demande

Nom de l'organisme :		Commission paritaire le cas échéant :	
Type :	<input type="checkbox"/> Institution ex-FESC	<input type="checkbox"/> Fédération d'Employeurs	<input type="checkbox"/> Organisation Syndicale
Si institution ex-FESC, secteur(s) d'activité FESC :		Coordination ou Fédération le cas échéant :	
<input type="checkbox"/> Accueil extra-scolaire 3-12 <input type="checkbox"/> Accueil d'enfants malades à domicile 0-12 <input type="checkbox"/> Accueil d'urgence 0-3 <input type="checkbox"/> Accueil flexible 0-3 <input type="checkbox"/> Accueil flexible 3-12 <input type="checkbox"/> Coordination (reconnue officiellement par le FESC)		<input type="checkbox"/> FILE <input type="checkbox"/> FIMS <input type="checkbox"/> PROMEMPLOI <input type="checkbox"/> FOREM Instance Bassin Hainaut Sud <input type="checkbox"/> FSMI <input type="checkbox"/> BADJE <input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse :			
Nombre total de travailleurs salariés :		En Equivalents Temps Plein :	
Nombre de travailleurs salariés affectés aux activités ex-FESC :		En Equivalents Temps Plein :	

2. Carnet de bord professionnel et plan de formation

2.1. Y a-t-il un plan de formation en vigueur au sein de votre institution ? <input type="checkbox"/> OUI ¹ / <input type="checkbox"/> NON / <input type="checkbox"/> En cours d'élaboration
• Si oui, l'action formative concernée est-elle en lien avec le plan de formation ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
Si oui, expliquez pourquoi :
2.2. Connaissez-vous l'outil <u>Carnet de bord professionnel</u> ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• Si oui, avez-vous déjà informé vos travailleurs de son existence et de son fonctionnement ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• Si oui, le Carnet de bord vous a-t-il été utile à la mise en place de cette action formative ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
Si oui, expliquez pourquoi :
• Si oui, l'action formative choisie contribue-t-elle à l'utilisation de l'outil par les travailleurs ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
Si oui, expliquez comment :
• Si non, il vous est demandé de prendre connaissance de l'outil Carnet de bord et de sensibiliser vos travailleurs à son utilisation. Vous engagez-vous à le faire ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
2.3. Avez-vous déjà commandé un/des exemplaire(s) de l'outil pour votre institution et vos travailleurs ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• Si oui, les travailleurs sont-ils accompagnés dans l'utilisation de cet outil ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
Si oui, expliquez comment :
2.4. Avez-vous fait une demande de séance d'information auprès de la Cellule Carnet de bord ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
2.5. Souhaitez-vous recevoir plus d'informations sur le Carnet de bord professionnel ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON

3. Personne de contact :

Chargé du suivi de la demande = Référent-Formation ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON			
Nom :	Prénom :	Téléphone :	
Fonction :	E-mail :		

¹ Si vous disposez déjà d'un **plan de formation**, merci de nous le transmettre sous format WORD ou PDF, par mail, en même temps que votre acte de candidature.

4. Personnel participant

Complétez le tableau page 3, veillez à n'oublier aucune case. Le montant total dont peut bénéficier l'institution sera calculé sur base de ce tableau (possibilité de rajouter des lignes dans le tableau si besoin).

Il est possible d'inscrire plus de 10 travailleurs, pour cela, nous vous invitons à remplir plusieurs tableaux

5. Si des travailleurs salariés FESC de l'institution ne participent pas à l'action formative

5.1. Pour quelles raisons ne participent-ils pas ?
5.2. A quelles autres actions formatives participent-ils ?

6. Description de l'action formative

6.1. Intitulé de l'action :	
6.2. Modalités de l'action formative :	<input type="checkbox"/> Formation ou <input type="checkbox"/> Supervision et accompagnement d'équipe
6.3. Brève description (contenu, organisation, durée...)	
6.4. Lieu où prendrait place l'action formative (adresse complète) :	

7. Origine et objectifs de l'action formative

7.1. Pourquoi voulez-vous entreprendre cette action formative ?
7.2. Comment a été identifié le besoin en formation ? Comment les travailleurs ont-ils été impliqués dans cette identification ? (Quelle dynamique participative : enquête de besoin, réunion d'équipe...)
7.3. Objectifs de l'action formative :
7.4. Lien avec les obligations de formation de base ou continue :

8. Identification du formateur et coût de la formation

8.1. Identité du(des) formateur(s) et de l'organisme de formation :			
8.2. Motifs du choix du(des) formateur(s) et de l'organisme de formation :			
8.3. Date de début :		8.4. Date de fin :	
8.5. Nombre d'heures prévues :			
8.6. Coût total de l'accompagnement :		8.7. Montant total demandé au Projet Qualifesc :	

Attention : obligation de faire compléter + signer l'**annexe (p.4)** reprenant l'offre de service de l'opérateur

9. Coordonnées financières

Le financement sera versé : <input type="checkbox"/> à l'institution ex-FESC ou <input type="checkbox"/> directement à l'opérateur de formation	
Si le financement est versé à l'institution ex-FESC, numéro IBAN sur lequel le versement sera effectué :	
NOM :	
IBAN :	

Attention : obligation de fournir une **copie d'un extrait de compte officiel** ou **une attestation bancaire**

10. Consultation du personnel et concertation paritaire (à cocher et obligatoire)

En cas de présence d'un organe de concertation sociale au sein de votre institution, veuillez informer l'ensemble du personnel et joindre l'avis des représentants syndicaux.

A défaut de représentants syndicaux au sein de votre institution, veuillez compléter l'attestation sur l'honneur ci-dessous **ET** envoyer l'acte de candidature aux permanents syndicaux régionaux des trois organisations syndicales par mail (avec qualifesc@apefasbl.org en copie). Une réponse de leur part n'est pas obligatoire. La liste des permanents syndicaux régionaux est disponible sur www.qualifesc.be.

AVIS SYNDICAL :			ATTESTATION SUR L'HONNEUR :
NOM et Prénom :	NOM et Prénom :	NOM et Prénom :	NOM et Prénom du responsable :
Mandat : <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> CPPT <input type="checkbox"/> CE	Mandat : <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> CPPT <input type="checkbox"/> CE	Mandat : <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> CPPT <input type="checkbox"/> CE	Atteste que : <ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble du personnel de l'institution a été informé du projet • Les participants à l'action formative ont marqué leur accord • L'ensemble du personnel sera informé sous peu de l'existence de l'outil Carnet de bord professionnel et sensibilisé à son utilisation
Organisation syndicale : <input type="checkbox"/> CSC-CNE <input type="checkbox"/> FBGTB-SETCa <input type="checkbox"/> CGSLB	Organisation syndicale : <input type="checkbox"/> CSC-CNE <input type="checkbox"/> FBGTB-SETCa <input type="checkbox"/> GSLB	Organisation syndicale : <input type="checkbox"/> CSC-CNE <input type="checkbox"/> FBGTB-SETCa <input type="checkbox"/> CGSLB	
Signature :	Signature :	Signature :	

DATE	NOM ET FONCTION DU RESPONSABLE	SIGNATURE	CACHET (SI POSSIBLE)

4. Personnel participant à l'action formative

Référez-vous aux indications ci-dessous pour compléter ce tableau.

	NOM TRAVAILLEUR	PRENOM TRAVAILLEUR	STATUT ²	TYPE ACTIVITE FESC ³	FONCTION EXERCEE	NIVEAU DIPLOME ⁴	GENRE ⁵	DATE NAISSANCE ⁶	NATIONALITE ⁷	REGION DOMICILE ⁸	DATE ENTREE EN SERVICE ⁹	REGIME DE TRAVAIL ¹⁰
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
...												

2 SAF : salarié affecté à des activités ex-FESC – SA : salarié non affecté à des activités ex-FESC ou ALE - VT : volontaire de terrain – AU : Autre : ... (alors précisez)

3 AES : Accueil extra-scolaire 3-12 ans ; AEMD : Accueil d'enfants malade à domicile 0-12 ans ; AF 0-3 : Accueil flexible 0-3ans ; AF 3-12 : Accueil flexible 3-12ans ; AU : Accueil d'urgence 0-3ans C : Coordination

4 CEB : Certificat d'études de base (études primaires) ; CESI : Certificat d'études secondaires inférieures ; CESS : Certificat d'études secondaires supérieures ; SUP COURT : Diplôme de l'Enseignement Supérieur de type court ; SUP long : Diplôme de l'Enseignement Supérieur de type long

5 F : femme ; H : homme

6 Format : JJ/MM/AAAA (exemple : 15/03/2003)

7 B : Belge ; UE : Union Européenne ; HUE : Hors Union Européenne

8 BXL : Région de Bruxelles Capitale ; RW : Région Wallonne ; FL : Région Flamande ; Hors BE : Hors Belgique

9 Format : JJ/MM/AAAA (exemple : 15/03/2003)

10 TP : Temps plein ; MT : Mi-temps ; < TP et > au MT : Inférieur au temps plein et plus qu'un mi-temps ; < MT : Inférieur au mi-temps

BOURSES ACTIONS FORMATIVES

ANNEXE : 2018

A renvoyer en même temps que l'acte de candidature
Un seul envoi suffit et de préférence par email, merci.

OFFRE DE SERVICE DE L'ORGANISME DE FORMATION :

Identité et adresse de l'organisme de formation	
Statut de l'organisme de formation (asbl, indépendant, organisme public...)	
Identité et adresse de contact du formateur	
Adresse email du formateur	
Contenu de l'action formative	
Méthodologie de l'action formative	
Expérience de l'organisme et du formateur par rapport à l'action formative et au secteur des milieux d'accueil d'enfants	
Planning et modalités de l'action formative <ul style="list-style-type: none">• Nombre et durée des séances• Horaire type des séances• Nombre total d'heures• Date de début et date de fin• Nombre de groupes si les participants sont nombreux• Nombre de formateurs par groupes si plusieurs formateurs donnent la formation	
Localisation de l'action formative <ul style="list-style-type: none">• Nom et adresse où se déroulera l'action formative	
Montants demandés <ul style="list-style-type: none">• Pour les frais de prestation• Pour les frais de déplacement Calcul des frais de déplacement : En plus des frais admissibles, il y a un forfait de maximum 75€ par jour, avec prise en charge des frais réels sur base des justificatifs fournis : <ul style="list-style-type: none">• Si transports en commun : ticket(s) SNCB / TEC / STIB / De Lijn...• Si voiture : déclaration sur l'honneur avec le nombre de km parcourus x 0.3363€	
A FOURNIR OBLIGATOIREMENT : CV du formateur (min 2000 caractères) avec : <ul style="list-style-type: none">• Formation initiale• Formations complémentaire• Expérience professionnelle (dont l'expérience comme formateur)	

Fait à :		Le :	
Nom et prénom du responsable :	Signature :	Cachet (si possible) :	