



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

BOURSE EMBAUCHE COMPLEMENTAIRE POUR LE REFERENT FORMATION

ACTE DE CANDIDATURE 2018

A renvoyer à la Cellule Qualifesc pour le **1^{er} mai 2018** au plus tard – Avec une mise au place au **1^{er} juin 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

| |
|---|
| 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 embauche ? <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. Modalités d'embauche envisagées

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Extension au contrat de travail de travailleur à temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Engagement d'un nouveau travailleur |

5. Profil du travailleur qui va endosser la fonction de référent-formation

| | | | | | |
|---|--|---|--|---------------------|--|
| Nom : | | Prénom : | | Régime de travail : | |
| Fonction principale : | | Date d'entrée en service dans l'institution : | | | |
| Courriel : | | Téléphone : | | | |
| Depuis quand exerce-t-elle/il la fonction de référent-formation ? | | | | | |
| A-t-elle/il suivi une formation concernant le plan de formation ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON | | | | | |
| Si non, est-il prévu de suivre une telle formation en 2018 ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON | | | | | |

6. Motivations de la candidature

| |
|---|
| 6.1. Problématiques liées à la formation des travailleurs rencontrées dans l'institution ? |
| 6.2. Comment sont recueillis les besoins en formation (en particulier pour les travailleurs affectés aux activités ex-FESC) ? |
| 6.3. Quels sont les problématiques de l'exercice actuel de la fonction de référent-formation rencontrées dans votre institution ? |
| 6.4. Avez-vous un plan de formation dans votre institution ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON |
| 6.5. Quels sont les résultats que vous attendez du soutien à la fonction de référent-formation ? |

7. Mise en œuvre de l'embauche complémentaire

| | |
|--|---|
| 7.1. Nom de la personne qui va bénéficier de l'embauche complémentaire : | |
| Sa fonction : | Son régime de travail actuel : |
| 7.2. S'agit-il du référent-formation ? | <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON |
| 7.3. Précisez comment la personne bénéficiant de l'embauche complémentaire va prendre en charge certaines tâches de la personne exerçant la fonction de référent-formation : | |
| 7.4. Temps de travail dédié à la fonction de référent-formation pour lequel un financement est demandé (en % d'un ETP) : | |
| Motivations du volume de temps de financement : | |
| Coût salarial demandé pour la durée et le volume d'embauche complémentaire : | |

8. Coordonnées financières de l'institution

| | |
|---|--|
| 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**

9. Annexes à fournir obligatoirement

- ✓ copie de l'avenant au contrat de travail reprenant le temps du travailleur dédié à la fonction de référent-formation
- ✓ copie du contrat de travail du travailleur bénéficiant de l'embauche complémentaire (peut être le même travailleur)

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, 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"/> CGSLB | 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) |
|------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| | | | |