

REMBOURSEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION FORMULAIRE 2018

Un seul envoi suffit et de préférence par email, merci.

1. Données de la formation et de l'opérateur de formation

Type de formation pour laquelle un remboursement est demandé (cocher) : <input type="checkbox"/> Formation qualifiante de l'Enseignement de promotion sociale <input type="checkbox"/> Formation qualifiante de l'Enseignement de plein exercice <input type="checkbox"/> Autre formation qualifiante reconnue par un Pouvoir public belge <input type="checkbox"/> Autre formation continue		<p style="text-align: center;">RAPPEL</p> <p>« Formation qualifiante » : Le mot « qualifiante » renvoie au titre qualificatif officiel obtenu au terme de la formation, c'est-à-dire au diplôme reconnu officiellement par un pouvoir public belge. <i>Exemples : CESS, Bachelier, Graduat, Master...</i></p> <p>« Formation continue » : La formation continue permet d'acquérir ou d'étoffer des compétences, sans donner une certification officiellement reconnue. Il s'agit notamment des formations proposées dans les catalogues ONE et Formapef. <i>Exemples : formations ATL 50h en 3 ans</i></p>
Nom de l'opérateur de formation :		
Intitulé complet de la formation :		
Date(s) de la formation :		
Eventuelle qualification obtenue au terme de la formation :		
→ Obligation de fournir l' attestation d'inscription à la formation fournie par l'opérateur		
Durée de la formation :	Le niveau du cursus (cocher)	
Nombre de jours :	<input type="checkbox"/> 1 ^e année	
Nombre de jours :	<input type="checkbox"/> 2 ^e année	
	<input type="checkbox"/> 3 ^e année	

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, la formation pour laquelle un remboursement est demandé 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 professionnelle</u> ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	
• Si oui, le Carnet de bord vous a-t-il été utile pour le choix de la formation ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, expliquez pourquoi :	

→ JUSTIFICATIFS A OBLIGATOIREMENT FOURNIR AVEC CE FORMULAIRE :

- 1) L'**attestation d'inscription** fournie par l'opérateur de formation
- 2) La **facture de l'opérateur** (peut être comprise dans l'attestation en fonction de l'opérateur)
- 3) La **preuve de paiement** par l'institution (copie de l'extrait de compte jugé conforme à l'original)

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.

3. Données du travailleur qui a suivi la formation

NOM :	Prénom:		Motivation(s) du choix de la formation (en bref) :
Sexe :	Age :	Nationalité :	
Email :	Téléphone :		
Région du domicile (cocher) :	Dernier diplôme obtenu (cocher) :		
<input type="checkbox"/> Bruxelles <input type="checkbox"/> Wallonie <input type="checkbox"/> Flandre <input type="checkbox"/> Hors Belgique	<input type="checkbox"/> < CESI <input type="checkbox"/> = CESI <input type="checkbox"/> = CESS <input type="checkbox"/> Supérieur type court <input type="checkbox"/> Supérieur type long		
Fonction :	Date entrée en service :	Date + signature (obligatoire) :	
Nombre d'années d'ancienneté dans l'institution :		Statut (cocher) :	→ Par la présente, le travailleur atteste qu'il complètera un rapport d'évaluation au terme de la formation.
		<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> ALE <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	

4. Données de l'employeur (= institution ex-FESC)

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 :	
N° d'immatriculation à l'ONSS :	

NOM du responsable :	Prénom :	Date + signature + cachet (obligatoire) :
Certifie que le travailleur est affecté à une activité reconnue par le FESC :		
Engagé depuis le :	Fonction :	
Type de contrat :		
<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat de remplacement <input type="checkbox"/> Contrat Article 60 <input type="checkbox"/> ALE		

Coût de la formation :	Date du paiement :
------------------------	--------------------

→ Obligation de fournir la **facture de l'opérateur + la preuve de paiement (extrait de compte)**

Numéro IBAN sur lequel le remboursement doit être effectué :

→ Compte ouvert au nom de :	
→ IBAN	

→ Obligation de fournir une **attestation bancaire** ou **copie d'un extrait de compte**