|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Demande d’organisation d’intervisionconcernant le tutoratdans les Milieux d’accueil d’enfants |  |

1) INFORMATIONS CONCERNANT L’INTERVISION ET LES PERSONNES PREVUES

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées du Milieu d’accueil qui introduit la demande |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Modalités prévues | Localisation  | Opérateur | Nombre de séances | Horaire type |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Personnes prévues | Nom | Prénom | Milieu d’accueil | Localisation |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2) CONCERTATION PARITAIRE

Présence d’un organe de concertation sociale au sein du Milieu d’Accueil qui introduit la demande ?

 NON :

|  |
| --- |
| *1) Veuillez compléter l’ATTESTATION SUR L’HONNEUR :* |
| L’ensemble du personnel de l’institution a été informé du projetLes personnes concernées ont marqué leur accord |
| NOM et Prénom | Fonction | Signature | Date |
|  |  |  |  |

*2) Veuillez envoyer votre demande par mail aux permanents syndicaux des trois organisations de votre région (avec le Fonds social MAE en copie :* *projets.jeunes@apefasbl.org**).*

 **OUI :**

***Veuillez joindre l’avis des représentants syndicaux :*** *Date de l’avis : ………………….*

|  |
| --- |
|  |
| Nom :  | Nom :  | Nom :  |
| Prénom :  | Prénom :  | Prénom :  |
| Signature : | Signature : | Signature : |
|  |  |  |
| Mandat : 🞏 DS – 🞏 CPPT - 🞏 CE | Mandat : 🞏 DS - 🞏 CPPT - 🞏 CE | Mandat : 🞏 DS - 🞏 CPPT - 🞏 CE |
| Organisation syndicale | Organisation syndicale | Organisation syndicale |
| 🞏CSC-CNE - 🞏FGTB-SETCa - 🞏CGSLB | 🞏CSC-CNE - 🞏FGTB-SETCa - 🞏CGSLB | 🞏CSC-CNE - 🞏FGTB-SETCa - 🞏CGSLB |