



DEMANDE REMBOURSEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION

Enseignement plein exercice et formations qualifiantes

Square Saintelette 13 -15 - 1000 Bruxelles - Tel : 02/229 20 24 - Fax : 02/227 69 08

Site : www.fondsasss.org - Mail : asss@apefasbl.org

- ✓ Etre un travailleur salarié relevant du Fonds ASSS (indice 222)
- ✓ Remboursement maximum par jour : 75 €
- ✓ Remboursement maximum par travailleur et par an
 - 500 €
 - 750 € si le travailleur a moins de 26 ans ou plus de 44 ans ou une aptitude au travail réduite ou a réalisé un bilan de compétences dans les 12 mois qui précèdent le début de la formation
- ✓ Transmettre ce document au Fonds ASSS dans les 2 mois qui suivent l'inscription et joindre une attestation d'inscription

A remplir par le travailleur

Nom		Prénom	
Téléphone		Mail	
Région du domicile	☐ BXL ☐ Wallonie ☐ Flandre ☐ Hors Be	Ancienneté dans l'Asbl	
Sexe :	☐ M ☐ F	Age :	
Nationalité :	☐ Belge ☐ Union Européenne ☐ Autre		
Dernier diplôme obtenu	☐ < CESI ☐ = CESI ☐ = CESS ☐ > CESS (type court) ☐ > CESS (type long)		
CESI = Certificat d'Enseignement Secondaire Inférieur – CESS = Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur			
Statut :	☐ Travailleur ☐ Indépendant ☐ Stagiaire ☐ Demandeur d'emploi ☐ Volontaire - bénévole		
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 Etes-vous en période de préavis ? ☐ Non ☐ Oui			
Motivation du choix de la formation			
Signature du travailleur			

A remplir par l'employeur :

Je soussigné-e		Titre	
Certifie que		est engagée en tant que (fonction)	
☐ sous contrat de travail	☐ à durée déterminée du	au	☐ à durée indéterminée
☐ sous contrat de stage	Du	au	
par l'ASBL : Cachet (obligatoire) de l'ASBL employeur		et signature	
Nombre de travailleurs		Et en ETP	
Date de création de l'Asbl			
Numéro d'immatriculation à l'O.N.S.S. de l'ASBL			
Numéro de compte bancaire de l'ASBL			

A remplir par l'Etablissement de formation :

Cachet de l'Etablissement

Nom du responsable

Signature du responsable

Certifie que (NOM)

(Prénom)

A acquitté les frais d'inscription d'un montant de

 €

Fait le

Pour l'inscription 2017 –2018 pour la formation

Formations organisées par l'enseignement de plein exercice en horaire décalé et/ou avec étalementde niveau **supérieur**
(bachelier)☐ Assistant social☐ Droit☐ Managementde niveau **supérieur**
(spécialisation)☐ Travail psychosociale en
santé mentale
☐ Gériatrie et
psychogériatrie☐ Ressources humaines
☐ Santé communautaire☐ Santé mentale et
psychiatriede niveau **supérieur type**
long (master)☐ Politique économique et
sociale
☐ Sciences de l'éducation☐ Sciences de la santé publique
☐ Ingénierie et action sociales☐ Droit
☐ Sciences du
travailde niveau **supérieur type**
long (master
complémentaire)☐ Gestion des risques et bien-être au travail☐ Cliniques psychothérapeutiques
intégréesEn : ☐ 1^{ère} année☐ 2^{ème} année☐ 3^{ème} année**Formations qualifiantes reconnues par un pouvoir public belge**

SPF Emploi, travail et concertation sociale

☐ Conseiller en prévention : connaissances de base en
sécurité☐ Conseiller en prévention : second niveau