



Attestation à renvoyer par mail **UNIQUEMENT** (info@isajh.org) dans **les 30 jours calendrier** qui suivent l'inscription

Demande de remboursement des droits d'inscription et/ou remplacement du travailleur-euse en formation

Année scolaire 2024 - 2025

Cette demande concerne :

- Le remboursement des frais d'inscription
- et le remplacement du travailleur-euse en formation

Conditions d'accès au remboursement des droits d'inscription et au remplacement du travailleur-euse en formation :

1. Etre un travailleur-euse engagé-e par un employeur privé du secteur de la SCP 319.02
2. et le-la travailleur-euse dispose au maximum du certificat d'enseignement secondaire supérieur (CESS) OU est âgé-e de moins de 26 ans ou de plus de 50 ans, et ce, quel que soit son niveau d'étude

Coordonnées du-de la travailleur-euse

NomPrénom

Adresse mail@.....

Téléphone Genre

Date de naissance/...../..... Nationalité : belge UE Hors UE

Dernier diplôme obtenu < CESI = CESI = CESS > CESS

Date d'entrée dans le service/...../..... Type contrat CDD CDI Autre

Temps de travail < mi-temps = mi-temps entre mi-temps et temps plein temps plein

Fonction

Avez-vous introduit une demande de remboursement auprès du Fonds ISAJH pour l'année 2023 - 2024 ? oui non

Signature du travailleur

Coordonnées de l'institution

Nom de l'institution

Coordonnées de la personne de contact

Fonction Téléphone

Adresse mail@.....

N° d'immatriculation à l'ONSS ou à la BCE

N° compte bancaire pour le remboursement des frais d'inscription (si le paiement a été effectué par le-la travailleur-euse, l'employeur s'engage à reverser le montant versé par le Fonds au-la travailleur-euse dans son intégralité)

BE Ouvert au nom de

(Merci de joindre un RIB s'il s'agit d'une première demande auprès du Fonds ISAJH)

Signature de la personne habilitée à engager l'institution

Partie à compléter par l'établissement scolaire ou l'organisme de formation

Nom de l'élève

Inscrit à la formation

de niveau secondaire supérieur

Durée de la formation

Nombre d'heures en 2024 - 2025 :

s'est acquitté des frais d'inscription d'un montant de : € *

Date d'inscription/...../.....

Date début de la formation/...../.....

Numéro d'agrément de la formation par le service congé éducation payé :

(uniquement pour les organismes de formation)

* si l'élève bénéficie d'un plan de paiement, le document peut être complété avant le paiement total des frais d'inscription

Signature

Cachet



Modalités pratiques

1. **Compléter** les 3 parties de ce document (travailleur, employeur, centre de formation)
2. S'assurer que les 3 parties ont été **signées**
3. Préparer les **annexes** suivantes :
 - Attestation d'inscription
 - Relevé d'identité bancaire (s'il s'agit de la première demande auprès du Fonds ISAJH)
 - En cas de remplacement du/de la travailleur·euse en formation, l'annexe signée par les représentants des travailleur·euse·s
4. Envoyer ce document et les annexes **UNIQUEMENT** par mail à info@isajh.org dans les **30 jours calendrier** qui suivent l'inscription
5. Une question ? info@isajh.org ou 02 227 22 47

ANNEXE B ■ CONSULTATION DU PERSONNEL ET CONCERTATION PARITAIRE

Fonds ISAJH
 APEF asbl
 Square Saintelette 13-15
 1000 Bruxelles
 ☎ 02/227.61.51
 ✉ info@isajh.org

| | |
|----------------------|--|
| Nom de l'institution | |
| Intitulé du projet | |

Présence de représentants syndicaux au sein de l'institution ?

OUI

↓ Transmettre l'avis syndical ↓

| NOM et Prénom | NOM et Prénom | NOM et Prénom |
|--|--|--|
| 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 |
| Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CNE/CSC <input type="checkbox"/> SETCa/FGTB <input type="checkbox"/> CGSLB | Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CNE/CSC <input type="checkbox"/> SETCa/FGTB <input type="checkbox"/> CGSLB | Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CNE/CSC <input type="checkbox"/> SETCa/FGTB <input type="checkbox"/> CGSLB |
| Signature | Signature | Signature |

NON

↓ Compléter l'attestation sur l'honneur par le responsable ↓

| NOM et Prénom | Fonction | Signature |
|--|----------|-----------|
| | | |
| <p>Atteste que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'ensemble du personnel de l'institution a été informé du projet, • les participants au projet ont marqué leur accord, • la preuve de l'envoi du dossier de candidature par mail aux trois permanents syndicaux de la région sera jointe au dossier | | |