

DEMANDE DE REMBOURSEMENT ET/OU DE REMPLACEMENT

TRAVAILLEUR·EUSE EN FORMATION

Année scolaire 2026 – 2027



A remettre
uniquement par
mail

info@isajh.org



Délai : **30 jours**
suivant
l'inscription



OBJET DE LA DEMANDE

Veuillez cocher la ou les case(s)
correspondante(s)

- ☐ Remboursement des frais
d'inscription
- ☐ Remplacement du·de la
travailleur·euse en formation



CONDITIONS D'ACCES

Le·la travailleur·euse doit :

- ✓ Formation reconnue CEP
- ✓ Etre engagé·e par un employeur
du secteur de la SCP 319.02
- ✓ Et répondre à, au moins, une
des conditions suivantes :
 - Etre titulaire au maximum
du CESS
 - Etre âgé·e de moins de 26
ans quel que soit le niveau
de diplôme
 - Etre âgé·e de plus de 50 ans
quel que soit le niveau de
diplôme



MODALITES PRATIQUES

1. **Compléter** les 3 parties du
présent document
2. **Vérifier** que toutes les parties
soient signées
3. **Joindre** les documents suivants
 - Attestation d'inscription délivrée
par l'établissement
 - Relevé d'identité bancaire (RIB)
de l'institution
 - En cas de remplacement :
annexe B (concertation paritaire)
4. **Envoyer** le dossier complet
dans les délais indiqués

1 COORDONNEES DU·DE LA TRAVAILLEUR·EUSE



Nom

Prénom

Email

Fonction

Genre ☐ F ☐ M ☐ Autre Téléphone

Date de naissance Date entrée en service

Nationalité ☐ belge ☐ UE ☐ Hors UE

Dernier diplôme obtenu ☐ < CESI ☐ = CESI ☐ = CESS ☐ > CESS

Type de contrat ☐ CDD ☐ CDI ☐ Autre

Temps de travail ☐ < mi temps ☐ = mi-temps
☐ > mi temps ☐ temps plein



Signature du·de la
travailleur·euse

Avez-vous introduit une demande de remboursement auprès
du Fonds ISAJH pour l'année 2025 – 2026 ?

☐ non ☐ oui dossier référence DI2025.....

2

**COORDONNEES DE L'INSTITUTION**

Nom de l'institution

Personne de contact

Email

Numéro immatriculation ONSS 162 -

Compte bancaire de l'institution 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-à la travailleur-euse dans son intégralité)

BE

Ouvert au nom de

Signature de la
personne habilitée à
engager l'institution

3

**PARTIE A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT
SCOLAIRE / ORGANISME DE FORMATION**

Nom de l'établissement

Nom, prénom de l'élève

Inscrit à la formation

Durée totale de la formation

Nombre d'heures en 2026-2027

S'est acquitté-e des frais d'inscription d'un montant de €*

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

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)

Signature et cachet