



L'Employeur

Nom de l'employeur (ASBL...) : _____

Nom du service : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Courriel : _____

Personne représentant l'employeur _____ Fonction _____

Personne de contact : _____ Fonction: _____
(pour les formations)

Nom du conseiller en prévention (+ courriel) _____

Nombre de travailleurs salariés et en équivalents temps plein _____

Agrément COCOF non - oui : Référence : _____ Présence CPPT non - oui

N° d'immatriculation ONSS (à renseigner obligatoirement)	- - -	- - - - - - - -	- -
--	-------	-----------------	-----

Inscrit le Travailleur

Nom : _____ Prénom : _____

En majuscule

GSM : _____ Courriel : _____

Statut : Salarié : Employé Ouvrier
 PTP PFI / FPI
 Stage alternance/transition
 Autre (précisez) : _____

Fonction : Accueillant Animateur
 Assistant Social Coordinateur
 Directeur Educateur
 Formateur Infirmier
 Psychologue Puériculteur
 Responsable Secrétaire
 Autre (précisez) : _____

Temps de travail : temps plein
 < temps plein et > mi-temps
 mi-temps < mi-temps

Diplôme : Inférieur au CESI / CESDD: certificat d'enseignement secondaire inférieur / 2^{ième} degré
 Egal au CESI / CESDD
 Egal au CESS : certificat d'enseignement secondaire supérieur
 Supérieur - type court
 Supérieur - type long

Si vous exercez la fonction de conseiller en prévention, depuis quelle date ? _____

Genre : F / M Date de naissance: _____ Date entrée dans le service : _____

Si votre entrée dans le service a eu lieu après 01/10/2019, étiez-vous déjà sous contrat de travail avant cette date ou étiez-vous inoccupé la veille de votre engagement ? sous contrat de travail - inoccupé

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

Domicile : BXL - RW - FL - Hors BE Nationalité: BE - UE - Hors UE

A la Formation

Code	Intitulé de la formation	Organisme de formation	Dates

Nous avons pris connaissance des conditions générales, du contenu de la formation, du public cible et des prérequis éventuels.

Date _____ Cachet _____ Signature employeur _____ Signature travailleur _____

Conditions générales:

L'inscription aux formations est ouverte aux travailleurs salariés relevant d'institution des secteurs 319, 329, 327, 330 (sous réserve de l'accord de l'ABBET) et 332 et entraîne l'engagement ferme d'y participer. L'inscription est limitée à quatre travailleurs de la même Asbl par module de formation. En cas de désistement, il est demandé d'avertir l'APEF le plus rapidement possible par écrit, et d'en expliciter les motifs. Les absences injustifiées ou sans motif valable ainsi que les désistements tardifs pourront entraîner le refus de nouvelles inscriptions.

La participation aux formations fait partie du temps de travail.

Pour que cette inscription soit valide, tous les champs de ce formulaire doivent être complétés.

Dans les 15 jours qui suivent la réception du formulaire d'inscription, un courrier est envoyé au travailleur (cf procédure d'inscription).

ANNEXE AU FORMULAIRE D'INSCRIPTION

obligatoire seulement pour les inscriptions relevant du Fonds ISAJH – SCP 319.02

Renseignements généraux

Nom du service	
Nom et prénom du travailleur	
Intitulé de la formation	

Lien entre la thématique de la formation et le plan de formation du service (les enjeux collectifs)

Y a-t-il un « Plan de formation » pour votre service ? OUI - NON

Si oui, explicitez en quoi la thématique est présente dans le plan de formation (ou le complète utilement)	Si non, explicitez en quoi cette thématique correspond à des enjeux collectifs du service

Avis des délégués syndicaux

Y a-t-il une délégation syndicale au sein de votre service (ou un CPPT ou un CE) ? OUI - NON

Si oui, veuillez les informer de la présente inscription et demander leur avis :

Nom : Prénom :	Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Signature :	Signature :	Signature :
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"/> CSC-CNE <input type="checkbox"/> FGTB-SETCa <input type="checkbox"/> CGSLB	Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CSC-CNE <input type="checkbox"/> FGTB-SETCa <input type="checkbox"/> CGSLB	Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CSC-CNE <input type="checkbox"/> FGTB-SETCa <input type="checkbox"/> CGSLB