FORMULAIRE D'INSCRIPTION – MODELE A
VALABLE POUR LES TRAVAILLEURS SALARIES
Catalogue de formation 2020

L'Employeur

Nom de l'employeur (ASBL…): .....
Nom du service: .....
Adresse: .....
Tél. : ..... **Fax:** .....
Personne représentant l'employeur: ..... **Fonction:** .....
Personne de contact: (pour les formations) ..... **Fonction:** .....
Courriel: .....
N° d'immatriculation ONSS ou numéro BCE(à renseigner obligatoirement)

Inscrit le Travailleur

Nom : En majuscule ..... **Prénom :** .....
GSM : ..... **Courriel :** .....

Statut :
- ☐ Salarié : ☐ Employé ☐ Ouvrier
- ☐ PTP ☐ PFI / FPI ☐ Emploi Jeune
- ☐ Stage alternance/transition
- ☐ Autre (précisez) : .....

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

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

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

Genre : ☐ F / ☐ M **Date de naissance:** ..... **Date entrée dans le service :** .....

Si votre entrée dans le service a eu lieu après 01/10/2018, étiez-vous déjà sous contrat de travail avant cette date ou étiez-vous inoccupé la veille de votre engagement ? ☐ sous contrat de travail - ☐ inoccupé

Etes-vous en période de préavis ? ☐ non - ☐ oui

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

Par ces signatures, nous attestons avoir 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 des SCP 319.02, 327.02, 327.03, 329.02 et 329.03 ou 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).