**REMBOURSEMENT DES FRAIS D’INSCRIPTION**

**FORMULAIRE 2016 – 2017**

Un seul envoi suffit et de préférence par email, merci.

1. **Données de la formation et de l’opérateur de formation**

|  |  |
| --- | --- |
| Type de formation pour laquelle un remboursement est demandé (cocher) :*[ ]  Formation qualifiante de l’Enseignement de promotion sociale* *[ ]  Formation qualifiante de l’Enseignement de plein exercice* *[ ]  Autre formation qualifiante reconnue par un Pouvoir public belge* *[ ]  Autre formation continue*Nom de l’opérateur de formation :      Intitulé complet de la formation :       | RAPPEL**« Formation qualifiante »** :*Le mot « qualifiante » renvoie au titre qualificatif officiel obtenu au terme de la formation, c’est-à-dire au diplôme reconnu officiellement par un pouvoir public belge* *(Exemples : CESS, Bachelier, Graduat, Master…)***« Formation continue » :***La formation continue permet d’acquérir ou d’étoffer des compétences, sans donner une certification officiellement reconnue. Il s’agit notamment des formations proposées dans les catalogues ONE et Formapef* *(Exemples : formations ATL 50h en 3 ans)* |
| Date(s) de la formation :      **Si formation qualifiante**, qualification obtenue au terme de la formation :      Durée de la formation * Nombre de jours :
* Nombre d’heures :
 | Le niveau du cursus (cocher) : *[ ]* 1e année *[ ]* 2e année  *[ ]* 3e année |
| * **JUSTIFICATIFS A OBLIGATOIREMENT FOURNIR AVEC CE FORMULAIRE :**
1. **L’attestation d’inscription** fournie par l’opérateur de formation
2. **La facture de l’opérateur** (peut être comprise dans l’attestation en fonction de l’opérateur)
3. **La preuve de paiement** par l’institution (copie de l’extrait de compte jugé conforme à l’original)
 |

1. **Données du travailleur qui a suivi la formation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM :        Sexe :       Age :      ans  Email :        Région du domicile (cocher) :  *[ ]* Bruxelles  *[ ]* Wallonie  *[ ]* Flandre  *[ ]* Hors Belgique | PRENOM :       Nationalité :      Téléphone :       Dernier diplôme obtenu (cocher) :  *[ ]* < CESI *[ ]* = CESI *[ ]* = CESS *[ ]* Supérieur type court *[ ]* Supérieur type long | Motivation(s) du choix de la formation (en bref) :       |
| Fonction :        Nombre d’années d’ancienneté dans l’institution :      ans | Date entrée en service :    /    /      Statut (cocher) :  *[ ]* Salarié *[ ]* ALE *[ ]* Autre (préciser) :       | **Date + signature :** 🡺 Par la présente, le travailleur atteste qu’il complétera un rapport d’évaluation au terme de la formation. |

1. **Données de l’employeur** (= institution ex-FESC)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’institution :      Secteur(s) d’activité FESC (cocher) :  *[ ]* Accueil extra-scolaire 3-12  *[ ]* Accueil d'enfants malades à domicile 0-12 *[ ]* Accueil d'urgence 0-3  *[ ]* Accueil flexible 0-3  *[ ]* Accueil flexible 3-12  *[ ]* Coordination (FILE, FIMS, PROMEMPLOI, FOREM IBHS, BADJE)Adresse :      N° d’immatriculation à l’ONSS :       | NOM du responsable :       PRENOM :      Fonction :       Certifie que le travailleur est affecté à une activité reconnue par le FESC et est engagé depuis le    /    /       pour la fonction      dans le cadre d’un : *[ ]* CDI *[ ]* CDD 🡪 date de fin de contrat :    /    /       *[ ]* Contrat de remplacement  *[ ]* Contrat Article 60 *[ ]* ALE |
| Coût de la formation :       **€** Date du paiement :   /    /      Numéro de compte / IBAN sur lequel le remboursement doit être effectué : * Compte ouvert au nom de :
* BE
* Obligation de fournir une **copie de l’extrait de compte** certifiée conforme à l’originale !
 | **Date + signature + cachet** (obligatoire) : |