**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) : |