C/o APEF Asbl – Fonds Social MAE – Qualifesc : Square Sainctelette 13/15 à 1000 Bruxelles
02/250.37.73 – qualifesc@apefasbl.org – www.qualifesc.be

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 :

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)

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)

2. Données du travailleur qui a suivi la formation

NOM :

PRENOM :

Sexe : Age : ans

Nationalité :

Email :

Téléphone :

Région du domicile (cocher) :
- ☐ Bruxelles
- ☐ Wallonie
- ☐ Flandre
- ☐ Hors Belgique

Dernier diplôme obtenu (cocher) :
- ☐ < CESI
- ☐ = CESI
- ☐ = CESS
- ☐ Supérieur type court
- ☐ Supérieur type long

Motivation(s) du choix de la formation (en bref) :

Fonction :

Date entrée en service : / /

Nombre d'années d'ancienneté dans l'institution : ans

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.

3. 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) :