**Demande d’affiliation**

Renseignements généraux sur le pouvoir organisateur

Nom de l’institution : …………………………………………………………………………………………………………………………..

Forme juridique : ASBL 🞏 – Commune 🞏 – Intercommunale 🞏 – Province 🞏 – Autre : …………….….

Adresse siège social : ……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone général : ………………………………………………..

E-mail : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Commission paritaire : …………………………

N° d’entreprise : ……………………………………………………

Site internet : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Personne qui représente votre institution au sein de l’assemblée générale de la FILE :

Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : ………………………………………………………….. GSM : ………………………………………………………………….

E-mail : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fonction : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

EFFECTIF GLOBAL DE L’INSTITUTION :

Personnes physiques / Nombre de travailleurs : …………

ETP (équivalent temps-plein) : …………

PERSONNEL EN CHARGE DE L’ACCUEIL DE L’ENFANT AU SEIN DE L’INSTITUTION :

Personnes physiques / Nombre de travailleurs : …………

ETP (équivalent temps-plein) : …………

*> Ces données serviront de base pour fixer le montant de la cotisation annuelle*

Un plan de formation est-il mis en place dans l’institution ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Information sur votre actualité : souhaitez-vous que nous partagions votre actualité sur notre site et réseaux sociaux ?

Oui 🞏 Non🞏

Souhaitez-vous recevoir nos newsletters ?

* FILE Infos - pour les actualités régulières de la FILE, de nos membres et du secteur ;
* Infos Membres/employeurs pour les actualités importantes pour les employeurs du secteur de l’accueil de l’enfance

Oui 🞏 Non🞏

*> Les données sont utilisées dans le cadre des activités organisées par notre structure ainsi que nos partenaires et sous-traitants.*

* Le/la représentant(e) de la structure affirme avoir pris connaissance de l’objet social, des statuts et valeurs de la F.I.L.E. et y adhérer

Fait à ……………………………………., le……………………………………….

Nom et signature de la personne mandatée, précédé de la mention « Lu et approuvé »

………………………………………………………

………………………………………………………

*Remarque : les membres de la FILE sont des pouvoirs organisateurs dans le secteur de l’accueil et de la protection de l’enfance. Lorsqu’un PO est affilié, toutes ses structures d’accueil, tant petite enfance (crèches, MCAE, halte d’accueil, halte-garderie, garde d’enfants malade, service d’accueillants…), ATL (école de devoirs, accueil extrascolaire, centre de vacances), que les autres structures (ex : SASPE, SOS enfants, éducation permanente…) sont affiliées et bénéficient des services réservés aux membres. Merci de bien vouloir compléter les documents ci-joints ou nous annexer vos documents reprenant ces informations.*

Informations générales sur les structures d’accueil petite enfance (0-3 ans)

*Rem : dupliquer les informations pour toutes les structures d’accueil petite enfance, ou envoi d’un document annexe reprenant toutes les informations (projet pédagogique, contrat d’accueil, dossier d’autorisation…)*

Nom de la structure 1 : ………………………………………………………………………………………………………………………

Type : 🞏Crèche, 🞏Service d’accueillant(e)s, 🞏MCAE, 🞏Halte d’accueil, 🞏 SASPE, 🞏Service garde enfant malade , 🞏Accueil d’urgence 🞏Accueil flexible🞏Autre : ………………

N° Matricule(s) ONE : …………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nombre de places autorisées / subsidiées : ………………………………………………………………………………………

Application PFP ONE : ………………………………………………………………………………………

Nombre de travailleurs pour la structure : ………………………………………………………………………………………

Nombre d’équivalents temps pleins pour la structure : ……………………………………………………………………

Coordonnées de la personne responsable de la structure :

Nom, prénom : ………………………………………………………………………………………

Email : ………………………………………………………………………………………

Téléphone : ………………………………………………………………………………………

Informations générales sur les structures d’accueil extrascolaires

*Rem : dupliquer les informations pour toutes les structures d’accueil extrascolaire, ou envoi d’un document annexe reprenant toutes les informations (projet pédagogique, contrat d’accueil, dossier d’autorisation…)*

Nom de la structure 1 : ………………………………………………………………………………………………………………………

Type : 🞏AES1, 🞏AES2 🞏Ecole de devoirs🞏Centre de vacances, 🞏 SASPE, 🞏Service garde enfant malade 🞏Autre : ………………

N° Matricule(s) ONE : …………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nombre de places autorisées / subsidiées : ………………………………………………………………………………………

Application PFP ONE : ………………………………………………………………………………………

Nombre de travailleurs pour la structure : ………………………………………………………………………………………

Nombre d’équivalents temps pleins pour la structure : ……………………………………………………………………

Coordonnées de la personne responsable de la structure :

Nom, prénom : ………………………………………………………………………………………

Email : ………………………………………………………………………………………

Téléphone : ………………………………………………………………………………………

Informations générales sur autres structures et agrément

*Rem : dupliquer les informations pour les autres structures de votre organisation en lien avec l’accueil et la protection de l’enfance*

Nom de la structure 1 / du projet :

……………………………………………………………………………………………………………………

Type : 🞏opérateur de formation 🞏Service SOS enfant 🞏Service d’accrochage scolaire🞏Projet / plan de cohésion sociale 🞏 éducation permanente, 🞏Organisation de jeunesse 🞏Autre : ………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nombre de travailleurs pour la structure : ………………………………………………………………………………………

Nombre d’équivalents temps pleins pour la structure/projet : …………………………………………………………

Coordonnées de la personne responsable de la structure/projet :

Nom, prénom : ………………………………………………………………………………………

Email : ………………………………………………………………………………………

Téléphone : ………………………………………………………………………………………