**Demande d’affiliation**

**Renseignements généraux**

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

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

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

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

Code postal :……………………………. Localité : …………………………………………………………………………………………..

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

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

Adresse courrier (si différente) : …………………………………………………………………………………………………………

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

Code postal :……………………………. Localité : …………………………………………………………………………………………..

Commission paritaire 1 : …………………………

Commission paritaire 2 : …………………………

N° d’entreprise : …………………………………………………… Indice ONSS : : …………………………

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

Souhaitez-vous figurer sur notre site ? (Informations sur votre actualité)

Oui 🞏 Non 🞏

Souhaitez-vous recevoir notre newsletter ? (FILE Infos - pour les actualités régulières de la FILE, de nos membres et du secteur ; Infos Membres pour les actualités importantes pour les employeurs du secteur de l’accueil de l’enfance)

Oui 🞏 Non🞏

**Personnes de contact**

Personne qui représente votre institution dans l’AG de la FILE :

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

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

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

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

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

Autre destinataire des Newsletter

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

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

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

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

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

Facturation (si différente de la personne de contact)

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

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

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

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

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

Autres

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Informations sur les structures dont est composée l’institution**

 Structures Personnel Capacité Fonctions

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type | Nbre\*1 | ETP\*2 | P.Ph.\*3 | Auto\*4 | Agréé\*5 | Subv.\*6 | Barème\*7 | Niveaux fonction et commentaires \*8 |
| Crèche |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MCAE |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Maison d’enfants |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SAEC |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Halte-accueil |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SAES |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EDD |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CDV |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SGEM |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SASPE |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SOS Enfants |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SAS |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Accueil urgence |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Flexible 0-3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Flexible 3-12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Op. Formations |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre :  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre :  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Lexique : \*1 : Nbr : nombre de structures par type - \*2 ETP : Nombre d’Equivalent Temps-Plein - \*3 : P. Ph : Nombre de personnes physiques - \*4 : Nombre de places autorisées -\*5 : Nombre de places agréées - \*6 : Nombre de place subventionnées - \*7 : Barème appliqué par type d’accueil - \*8 Niveaux de fonction du personnel par type d’accueil.

**Agréments - Subventionnements**

ATL :

Agréée décret ATL **Type 1** : Oui 🞏 Non 🞏

Subventionné décret ATL **Type 1** : Oui 🞏 Non 🞏

Agréé décret ATL **Type 2** (**Ex-Fesc**) : Oui 🞏 Non 🞏

Subventionné décret ATL **Type 2** (**Ex-Fesc**) : Oui 🞏 Non 🞏

Numéro Fesc : …………………………………

Types subventionnés : Accueil urgence 🞏 - Accueil flexible 🞏 – Accueil extrascolaire 🞏

Enfants malades 🞏 – Coordination 🞏

ETP subventionnés : …………

Resp. projet : …………

Animateur : …………

Autres (……………………………..…) : …………

MILACS :

Agréé décret MILACS : Oui 🞏 Non 🞏

Nombre de places ONE : …………………………..

Subventionné décret MILACS : Oui 🞏 Non 🞏

Nombre de places ONE : …………………………..

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

DECRET ECOLE DES DEVOIRS (EDD) :

Agréée EDD : Oui 🞏 Non 🞏

Subventionné EDD : Oui 🞏 Non 🞏

DECRET CENTRE DE VACANCES (CDV) :

Agréée CDV : Oui 🞏 Non 🞏

Subventionné CDV : Oui 🞏 Non 🞏

**Êtes-vous bénéficiaire de** :

POSTES MARIBEL : Oui 🞏 Non 🞏 POSTES APE : Oui 🞏 Non 🞏 ETP : ………… ETP : …………

POSTES ACS : Oui 🞏 Non 🞏 POSTES PTP : Oui 🞏 Non 🞏

ETP : ………… ETP : …………

EMPLOIS JEUNES : Oui 🞏 Non 🞏 ARTICLE 60 : Oui 🞏 Non 🞏

ETP : ………… ETP : …………

BENEVOLES : Oui 🞏 Non 🞏

ETP : …………

EFFECTIF GLOBAL DE L’INSTITUTION :

Personnes physiques : …………

ETP (équivalent temps-plein) : …………

Commentaires : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

MONTANTS SUBVENTIONNEMENTS :

Province : …………………………………………

Commune : …………………………………………

Autre(s) : ……………………………………………………………………………………

**Plan de formation et dates :** Un plan de formation est-il mis en place dans l’institution ?

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

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

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

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

**Souhait de formations** :

Thème(s) : Aménagement de l’espace 🞏 – Gestion d’équipes 🞏 – Sécurité 🞏 – Accompagnement de l’enfant 🞏

Commentaires : …………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

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

Nom et signature de la personne mandatée

………………………………………………………

………………………………………………………