



FORMULAIRE D'INTERVENTION «CLÉ SUR PORTE»



Ce formulaire d'intervention vous permet :

- De financer des formations proposées par l'opérateur de votre choix ;
- D'obtenir des informations et des conseils dans les différentes phases de votre projet en cliquant sur le lien d'information proposé.

Ce formulaire doit nous parvenir au plus tard 60 jours suite à la fin de la formation, par mail: fonds-4s@apefasbl.org .

Le Fonds vous informe de sa décision au plus tard 2 mois après la réception de votre demande.

Pour plus d'informations concernant cette action: www.fonds-4s.org.

COMPLÉTEZ
LE FORMULAIRE

Intitulé de la formation :

FICHE SIGNALÉTIQUE DE VOTRE ASBL

Nom de l'association portant le projet :

Numéro d'immatriculation ONSS :

Secteur d'activité :

Adresse :

CP :

Localité :

Tél. :

E-mail général :

Numéro de compte bancaire de l'organisme :

COCHEZ
LES RÉPONSES

Votre association est-elle assujettie à la TVA ?

oui

non

Organe de concertation sociale interne présent au sein de votre association :

Conseil d'Entreprise (CE)

Comité Prévention et Protection du Travail (CPPT)

Délégation Syndicale (DS)

Aucun

Personne de contact

Nom :

Prénom :

Fonction :

E-mail :

Téléphone direct :

Je souhaite m'inscrire à la newsletter du Fonds 4S?

oui

non

QUESTION À VOUS POSER !

POLITIQUE CONCERTÉE DE FORMATION



S'agit-il de votre 1^{ère} demande au Fonds depuis le 1^{er} janvier 2017 ? Y a-t-il eu des changements concernant la politique concertée de formation dans votre institution depuis votre précédente demande au Fonds 4S? Dans un cas comme dans l'autre, veuillez compléter le formulaire « Politique concertée de formation », disponible sur notre site www.fonds-4s.org.

Le Fonds 4s vous encourage à mettre en place une politique de formation concertée dans votre association. Pour plus d'information, rendez-vous sur notre site www.fonds-4s.org/projets-pilotes/politique-concertee/

BESOIN D'AIDE ?

Vous souhaitez recevoir une aide pour la mise en place de cette démarche ?
Cochez la case ci-dessous pour que l'équipe **Competentia** prenne contact avec vous !

Oui, je souhaite être recontacté par l'équipe **Competentia**

FORMATION

1. Contexte de la demande



Organiser une formation suppose d'avoir ciblé au préalable des besoins en compétences et des objectifs précis. Comment les définir ?

[Cliquez ici, Competentia vous guide !](#)

COMPLÉTEZ LE FORMULAIRE

Quels sont les objectifs de votre formation ?

2. Déroulement de la formation

Date du premier jour de formation : / / Date du dernier jour de formation : / / ¹

3. Formateur

Nom de l'organisme de formation :

Nom du formateur :

Adresse :

CP :

Localité :

E-mail :

Site web :



TRANSFERT DES APPRENTISSAGES



Le transfert des acquis est la capacité de l'apprenant à utiliser ses acquis dans sa pratique professionnelle.

- Comment favoriser le transfert des apprentissages?
- Quelles sont les 5 réactions à envisager une fois le projet terminé?

[Cliquez ici, Competentia vous guide !](#)

**COCHEZ
LES RÉPONSES**

Quelles sont les étapes prévues, avant ou après la formation, permettant le transfert des apprentissages ?

Communication en amont

Mise en place d'un tableau de bord des objectifs de la formation

Organiser des situations d'application réelle des acquis

Sessions de rafraichissement

Réunions de partages d'expériences

Nous n'avons encore rien prévu

Autres, à préciser :





BUDGET

+ Le Fonds prend en charge	- Le Fonds ne prend pas en charge
<ul style="list-style-type: none"> les frais d'inscription, de prestation du formateur 	<ul style="list-style-type: none"> les frais de déplacement du formateur et des participants les frais de préparation l'achat de matériel les frais logistiques tels que la location de la salle le catering...

COMPLÉTEZ
LE TABLEAU

FRAIS DE FORMATION / D'INSCRIPTION

Nombre de participant(s):	_____	_____
Nombre de jour(s) :	_____	_____
Nombre total d'heure(s) :	_____	_____
Coût total (HTVA) :	_____	€
Coût total (TVAC) :	_____	€
Total des frais de formation :	_____	€
Montant demandé au Fonds :	_____	€

La direction et, si présent(s), le(s) représentant(s) des travailleurs atteste(nt) que toutes les informations reprises dans cet acte de candidature sont exactes et conformes au projet tel que décrit.

Ce formulaire doit être accompagné d'une copie de l'attestation de présence, d'une copie de la facture et de la preuve de paiement. Veuillez également joindre une preuve que la formation est issue de l'offre de l'opérateur de formation (lien vers l'offre de l'opérateur, copie de l'offre de formation...).

COMPLÉTEZ
LE FORMULAIRE

Direction

Nom : _____ Prénom : _____ Signature : _____

Représentation des travailleurs (obligatoire si l'asbl a un ou plusieurs organe(s) de concertation : DS, CPPT, CE)

Nom : _____ Prénom : _____ Organisation : _____ Signature : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Organisation : _____ Signature : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Organisation : _____ Signature : _____

LISTE DES ASSOCIATIONS PARTICIPANT À LA FORMATION POUR LES PROJETS FEDERES :

Vous demandez au Fonds un financement au nom de plusieurs asbl, pour une formation commune ?

Il s'agit alors d'un **projet fédéré**. **Indiquez dans ce tableau la liste des associations participant au projet.**

Si vous demandez un financement pour des participants issus uniquement de votre asbl, passez directement à la page suivante.

Le montant accordé sera réparti sur le BMA de chaque asbl au prorata du nombre de participant par asbl.

#	NOM DE L'ASSOCIATION	NOMBRE DE PARTICIPANTS	N° ONSS	PERSONNE REPRESENTANT L'ASBL NOM/ PRENOM	EMAIL	SIGNATURE DE LA PERSONNE REPRESENTANT L'ASBL
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

LISTE DES TRAVAILLEURS PARTICIPANT À LA FORMATION

Ce tableau doit être signé par chaque participant (ou la représentation syndicale).

Si vous ne disposez pas de suffisamment de place sur ce document, téléchargez un tableau complémentaire sur notre site : www.fonds-4s.org

Ces informations sont traitées dans le respect de la vie privée de chacun.

Elles sont essentielles, le Fonds étant dans l'obligation de remettre annuellement un rapport d'activité au SPF Emploi.

#	NOM DE L'ASBL	PARTICIPANT NOM / PRÉNOM	STATUT	FONCTION	GENRE (F / M)	NIVEAU DE DIPLOME	NATIONALITÉ	DATE DE NAISSANCE	TRAVAILLEUR DE CATÉGORIE 1? ²	TRAVAILLEUR DE CATÉGORIE 2? ³	signature
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

² Catégorie 1 : Travailleur ayant au maximum 1 an d'ancienneté et inoccupé au moment de son entrée en service - ³ Catégorie 2 : Travailleur ayant une aptitude réduite