



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION -
ACCOMPAGNEMENT À LA MISE EN PLACE D'UNE PCF VIA UN
OPÉRATEUR CONVENTIONNÉ PAR LE FONDS**

Ce formulaire vous permet d'introduire au Fonds 4S une demande visant à bénéficier d'un accompagnement d'équipe à la **mise en œuvre ou l'amélioration de la politique concertée de formation (PCF) de votre asbl.**

Les frais liés à cet accompagnement sont **entièrement pris en charge par le Fonds 4S, sans aucune répercussion sur le budget maximum autorisé (BMA)** de l'asbl.

Il vous revient de choisir la durée de l'accompagnement ainsi que l'opérateur avec lequel vous souhaitez être accompagné·e·s dans la démarche. Cet opérateur est à choisir parmi les opérateurs qui sont conventionnés par le Fonds dans votre région ou province.

Ce formulaire doit nous être transmis par mail (fonds-4s@apefasbl.org). Le Fonds vous informera de sa décision au plus tard 15 jours après la réception de ce formulaire. En cas d'accord de notre part, nous transmettrons vos coordonnées à l'opérateur concerné afin qu'un contact soit pris avec vous.

FICHE SIGNALTIQUE DE VOTRE ASBL

Nom de votre asbl :

Numéro d'immatriculation ONSS ou numéro d'entreprise :

Secteur d'activité :

Adresse postale complète du siège social :

E-mail général de l'asbl :

Inscrire cet e-mail à la newsletter du Fonds 4S ? Oui Non

Numéro de compte bancaire de l'asbl :

Organe(s) de concertation sociale présent(s) au sein de l'asbl :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conseil d'entreprise (CE) | <input type="checkbox"/> Délégation syndicale (DS) |
| <input type="checkbox"/> Comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT) | <input type="checkbox"/> Aucun |

Personne de contact pour le suivi de ce dossier :

Nom et prénom :

Fonction :

Téléphone (ligne directe) :

E-mail :

Inscrire cet e-mail à la newsletter du Fonds 4S ? Oui Non

INFORMATIONS CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT SOUHAITÉ

Quelle est la durée de l'accompagnement que vous souhaitez mettre en place ?

- 6 heures
- 12 heures
- 18 heures
- 30 heures

Le Fonds 4S se réserve le droit de vous proposer une autre durée d'accompagnement, selon les caractéristiques de votre asbl (sa taille, sa complexité, etc.).

Par quel opérateur souhaitez-vous être accompagné ?

Il vous est proposé de choisir un opérateur conventionné dans la région (/province) de votre asbl. Cochez ci-dessous la région géographique dans laquelle est située votre asbl, ainsi que l'opérateur choisi.

Région géographique du siège social de votre asbl	Opérateur choisi
<input type="checkbox"/> Région bruxelloise	<input type="checkbox"/> Ancolie <input type="checkbox"/> PSDD
<input type="checkbox"/> Province du Brabant wallon	<input type="checkbox"/> Ancolie <input type="checkbox"/> PSDD <input type="checkbox"/> SOLFORM
<input type="checkbox"/> Province du Hainaut	<input type="checkbox"/> Ancolie <input type="checkbox"/> PSDD <input type="checkbox"/> SOLFORM
<input type="checkbox"/> Province de Liège	<input type="checkbox"/> Ancolie <input type="checkbox"/> LABSET (ULiège) <input type="checkbox"/> PSDD <input type="checkbox"/> Réseau d'entreprises sociales
<input type="checkbox"/> Province de Namur	<input type="checkbox"/> Ancolie <input type="checkbox"/> PSDD <input type="checkbox"/> Réseau d'entreprises sociales
<input type="checkbox"/> Province du Luxembourg	<input type="checkbox"/> Ancolie <input type="checkbox"/> PSDD

À quelle période souhaiteriez-vous mettre en place cet accompagnement ?

Entre le _____ et le _____

La planification des dates précises se fera dans un second temps, lorsque l'opérateur prendra contact avec vous.

SIGNATURES

En signant ce document, la direction et, si présent·e·(s), le(s) représentant·e·(s) des travailleur·euse·s, attestent que les informations reprises dans ce formulaire sont exactes et conformes à la réalité.

La direction accepte les conditions générales d'intervention fixées par le Fonds dans le cadre de cette action, [téléchargeables sur cette page de notre site](#).

Signature de la direction				
Nom / Prénom	Signature	E-mail	Souhaitez-vous vous inscrire à la newsletter du Fonds ?	
			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Signature des représentant·e·s des travailleur·euse·s (s'il y a des représentant·e·s syndicaux·ales au sein de l'asbl)				
Nom / Prénom	Organisation syndicale	Signature	E-mail	Souhaitez-vous vous inscrire à la newsletter du Fonds ?
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

TABLEAU DES PARTICIPANT·E·S À LA FORMATION POUR LESQUEL·LE·S VOUS SOLICITEZ UNE INTERVENTION FINANCIÈRE



Ce tableau n'est pas une attestation de participation. Les données demandées permettent au Fonds de compléter les rapports d'activité demandés par le SPF Emploi.

Si vous ne disposez pas de suffisamment de place dans ce tableau, un fichier Excel est disponible sur notre site : <https://www.fonds-4s.org>

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

* Cat. 1 : cochez cette case si le·la participant·e a moins d'un an d'ancienneté et était inoccupé·e au moment de son entrée en fonction dans l'asbl.

** Cat. 2 : cochez cette case si le·la participant·e a une aptitude au travail réduite.

#	NOM DE L'ASBL	PARTICIPANT·E (NOM/PRÉNOM)	STATUT / CONTRAT	FONCTION	GENRE (F/M/X)	NIVEAU DE DIPLÔME	NATIONALITÉ	DATE DE NAISSANCE	CAT 1*	CAT 2**
1									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TABLEAU DES ASBL IMPLIQUÉES DANS LA FORMATION AU NOM DESQUELLES VOUS SOLICITEZ UNE INTERVENTION FINANCIÈRE



Si vous demandez un **financement pour des participant·e·s issu·e·s uniquement de votre asbl**, ce tableau ne doit pas être complété.

Si vous demandez au Fonds un financement au nom de plusieurs asbl, **indiquez dans le tableau ci-dessous la liste des associations impliquées dans le projet**. Le montant accordé par le Fonds sera réparti sur le BMA de chaque asbl au prorata du nombre de participant·e·s de chacune d'elles. Veillez à prévenir ces asbl de l'influence que leur participation à cette formation aura leur budget maximum autorisé (BMA).

#	NOM DE L'ASSOCIATION	NOMBRE DE PARTICIPANT·E·S	N° ONSS	PERSONNE DE CONTACT (NOM/PRÉNOM)	E-MAIL DE LA PERSONNE DE CONTACT
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					