

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION « CLÉ SUR PORTE »

Ce formulaire vous permet d'introduire au Fonds 4S une demande d'intervention pour une **formation existant déjà dans l'offre de formation d'un opérateur de votre choix**. Il peut s'agir d'une inscription individuelle à une formation ou d'une formation collective.

Ce formulaire peut être transmis par mail (fonds-4S@apefasbl.org) **avant, pendant ou après la formation** mais **au plus tard 60 jours après le dernier jour de la formation, même si vous n'êtes pas en possession de tous les documents justificatifs** (facture, preuve de paiement, attestation de participation). Ces documents justificatifs peuvent être transmis ultérieurement.

Le Fonds vous informera de sa décision au plus tard 2 mois après la réception de ce formulaire.



Pour certaines asbl, le Fonds 4S conditionne son intervention à la mise en place d'une politique concertée de formation (PCF) ou d'un plan de formation. Qu'est-ce qu'une PCF et un plan de formation ? Quelles sont les attentes du Fonds pour votre asbl ?

→ Pour en savoir plus à ce sujet : <http://www.fonds-4s.org/politique-concertee>

FICHE SIGNALÉTIQUE 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

DESCRIPTIF DE LA FORMATION

Intitulé de la formation :

Date de **début** de formation :

Date de **fin** de formation :

Nom de l'opérateur de formation :

Adresse postale de l'opérateur de formation :

Site web de l'opérateur ou lien direct présentant une description de la formation :

Nom du·de la **formateur·rice** :

Format de la formation :

Quels sont les objectifs de cette formation ? Une fois la formation terminée, quels éléments vous permettront de juger que ceux-ci sont atteints ?

BUDGET



Les **frais éligibles** à un financement du Fonds sont :

- Les frais d'inscription à la formation et/ou de prestation du·de la formateur·rice
- Les éventuels frais d'interprétation en langue des signes (sans incidence sur le BMA)

Les **frais non éligibles** à un financement du Fonds sont :

- Les frais de préparation de la formation
- Les frais de déplacement
- L'achat de matériel
- Les frais logistiques (location de salle, restauration, logement...)

FRAIS DE FORMATION	
Dans le cadre du plan d'action 2026-2028, l'intervention « clé sur porte » est plafonnée pour chaque participant·e à hauteur de 15 € par heure, 100 € par journée et 700 € par formation.	
Nombre de participant·e·s	
Nombre de jours par participant·e	
Nombre total d'heures par participant·e	
Coût total (€ TVAC)	€

Montant demandé au Fonds (€)	_____ €
FRAIS D'INTERPRÉTATION EN LANGUE DES SIGNES Si la formation est destinée à des personnes sourdes ou malentendantes, le Fonds 4S peut couvrir les frais d'interprétation à raison de maximum 250 € par heure (sous certaines conditions), sans incidence sur le BMA de l'asbl. Cliquez ici pour en savoir plus à ce sujet !	
Nombre de participant·e·s sourd·e·s ou malentendant·e·s	
Nombre de jours où des interprètes sont prévu·e·s	
Nombre total d'heure(s) prestées par les interprètes	
Coût total (€ TVAC)	_____ €
Montant demandé au Fonds pour les frais d'interprétation (€)	_____ €

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.

Dans le cas d'un projet fédéré (impliquant plusieurs asbl au nom desquelles vous sollicitez l'intervention du Fonds), la direction certifie en outre que les asbl impliquées dans le projet ont été prévenues de l'influence qu'aura leur participation à cette formation sur le budget maximum autorisé (BMA) de leur asbl.

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

TABEAU 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 DIPLOME	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"/>

TABEAU 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					