# Une image contenant texte  Description générée automatiquement

**Formulaire de demande de financement pour Formation /accompagnement individuel** (à remplir par l’employeur)

**A introduire au plus tard pour le 01 novembre**

1. **DONNEES DE L’ORGANISATION QUI INTRODUIT LA DEMANDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Secteur COCOF**  | **Secteur COCOM** |
| **[ ]  Cohésion sociale****[ ]  Insertion SocioProfessionnelle** | **[ ]  Aides et soins****[ ]  Personnes en situation de handicap****[ ]  Sans-abri** **[ ]  Santé mentale****[ ]  Seniors** |

**Nom de l’organisation :**

Rue et n° :

Code postal :       Commune :

Commission paritaire :

N° BCE (n° d’entreprise) : [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ]

N° ONSS : [ ] [ ] [ ]  - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ]

N° de compte bancaire IBAN : BE [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]

**Personne de contact :**

Fonction :

Téléphone :       Email :

**Nombre de travailleur.euse.s :** En ETP :       En personnes physiques :

1. **OBLIGATIONS LEGALES MISES EN PLACE AU SEIN DE L’INSTITUTION**

Y a-t-il au sein de l’institution un.e **conseiller.ère en prévention interne** ? OUI [ ]  NON [ ]

Dans l’affirmative:

* dispose-t-il.elle des connaissances de base sur le bien-être au travail ? OUI [ ]  NON [ ]
* a-t-il.elle suivi une formation reconnue par le SPF Emploi ? OUI [ ]  NON [ ]

Y a-t-il au sein de votre institution un.e travailleur.euse (ou plusieurs)
assumant le rôle de **secouriste** ? OUI [ ]  NON [ ]

Dans l’affirmative, est-il.elle formé.e ? OUI [ ]  NON [ ]

Y a-t-il au sein de votre institution un **service interne de lutte contre l’incendie** ? OUI [ ]  NON [ ]

Dans l’affirmative, a-t-il suivi une formation ? OUI [ ]  NON [ ]

Avez-vous réalisé une analyse de risques globale au sein de votre institution ? OUI [ ]  NON [ ]

Date de réalisation de cette analyse :

Commentaire (facultatif) :

1. **FORMATION Individuelle /Coaching**

**DESCRIPTION ET OBJECTIFS DE L’ACCOMPAGNEMENT:**

[ ]  Formation de base conseiller.ère en prévention

[ ]  Formation de base Personne de confiance

[ ]  Formation de base Service de lutte contre l’incendie

[ ]  Formation de base secourisme

[ ]  Coaching Coordination/ direction

[ ]  Recyclage conseiller.ère en prévention

[ ]  Recyclage Personne de confiance

[ ]  Recyclage Service de lutte contre l’incendie

[ ]  Recyclage secourisme

[ ]  AUTRE

**Décrivez brièvement l’objectif de la formation / Accompagnement :**

**PERSONNEL QUI VA BÉNÉFICIER DE LA FORMATION / ACCOMPAGNEMENT :**

Nom :       Prénom :       Fonction :

**L’OPERATEUR DE FORMATION/ ACCOMPAGNATEUR**

Nom de l’opérateur de formation /de l’Accompagnateur :

Forme juridique :

Rue et n° :       Code postal :      Commune :

**Motivez ci-dessous votre choix si l’opérateur n’est pas une asbl ou un opérateur public :**

**DUREE DE LA FORMATION /COACHING**

* Date de début :
* Date de fin :
* Nombre d’heures prévues :
* Nombre de séances prévues :

**COUT**

Coût de la formation:      €

Coût horaire du Coaching

Coût total du Coaching :       €

Montant demandé à l’ABBET:       €

1. **CONSULTATION DU PERSONNEL**

Les Fonds demandent que le personnel soit consulté.

**ANNEXES**

* Preuve de la concertation sociale avec ce formulaire de demande.
* CV de l’accompagnateur / Formateur
* Joindre un devis ou la référence à un catalogue de formation

**J’atteste sur l’honneur que les informations déclarées ci-dessus sont véridiques au moment de l’introduction de la demande.**

**Je déclare avoir pris connaissance des modalités décrites sur le site internet de l’ABBET et en accepte les conditions dont, notamment, le principe que le paiement final est conditionné à la réception des documents justificatifs (factures, preuves de paiement, données des participants…).**

**Date de la demande :**

**Nom et signature responsable de l’organisation qui introduit la demande :**

**Envoyez le formulaire de demande complet, avec les annexes demandées, par mail à :** **bourses@abbet.be**