

***FORMULAIRE D’INSCRIPTION***

**PROJET DE FORMATION D’AIDE-SOIGNANT**

**INFORMATION IMPORTANTE !!!**

Ce formulaire doit être dûment complété par le travailleur, l’employeur ET l’école.

Il doit être renvoyé dans son intégralité par email à [ifg-finss@fe-bi.org](mailto:ifg-finss@fe-bi.org).

**DATE ULTIME D’INSCRIPTION : 18 mars 2022**

**Attention : si le dossier est incomplet, la demande ne sera pas prise en compte**

1. **A REMPLIR PAR LE·LA CANDIDAT·E**
2. Données personnelles

Sexe : **❑** Homme / **❑** Femme / **❑** X Nationalité : **❑** Belge / **❑** UE / **❑** non-UE

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°.:\_\_\_\_\_\_\_\_ Bte: \_\_\_\_\_\_

Code postal + Commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numéro de registre national. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gsm : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Les tests de sélection auront lieu jusqu’à fin mars. Y-a-t-il des dates au cours de cette période pendant lesquelles vous n'êtes pas disponible ? Si oui, quelle période? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Diplôme le plus élevé obtenu (ou équivalence)

❑ Pas de certificat ou de diplôme ❑ Secondaire supérieur général, technique ou artistique (A2)

❑ 6ème secondaire professionnel ❑ 7ième secondaire professionnel (A2)

❑ Enseignement supérieur de type court (Baccalauréat) ❑ Enseignement supérieur de type long (Master)

❑ Diplôme supérieur de type court dans pays d’origine (Licence) ❑ Diplôme supérieur de type long dans pays d’origine (Master)

1. Formation choisie

**ATTENTION**: il s’agit toujours d’une formation à temps plein en cours de jour!

La durée totale de la formation est comprise selon les écoles entre 12 et 24 mois. **Elle ne doit jamais excéder 2ans**

**Si vous suivez actuellement des études d’aide-soignante ou que vous avez déjà suivi ces études dans le passé, envoyez-nous une attestation scolaire qui prouve quels cours vous avez fini.**

1. VOTRE carrière : (seulement les secteurs tels que ceux présents sur le site web, donc pas les prothèses dentaires,)

Prouvez 1 an d'ancienneté chez votre employeur actuel **entre le 1/09/2021 et le 31/08/2022**. Pas assez de place ? Ajouter une feuille.

AVERTISSEMENT : le travail intérimaire dans les soins de santé ne compte pas comme de l'ancienneté, les contrats en alternance (jeunes) ne compte pas, les agences intérimaires ne sont PAS des employeurs dans le secteur de la santé !

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et adresse de l’institution | Type de contrat (déterminé ou indéterminé, de remplacement,…) | Date de début du contrat | Date de fin du contrat |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Date et signature du candidat :

1. **A REMPLIR PAR L’EMPLOYEUR**

Si le travailleur a deux employeurs, cette partie doit être remplie deux fois.

1. Données concernant l’institution

Nom de l’institution : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Boîte : \_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal + commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne de contact de l’institution : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indice ONSS + no ONSS : \_\_ \_\_ \_\_(\*)/ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ (\*)Très important !

No : compte bancaire de l’institution pour le paiement des subsides : BE\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Quel est le temps de travail hebdomadaire à temps plein dans votre institution ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ heures/semaine

Directeur de l’institution : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Données du travailleur concerné :

# Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Date d’entrée en service: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Fonction actuelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le travailleur concerné a, au 01/04/2022, un contrat de travail à **❑** durée indéterminée **❑** durée déterminée **❑** de remplacement?\*

Combien d’heures par semaine le travailleur preste-t-il suivant son contrat ? \_\_\_\_\_\_\_h / semaine

ATTENTION : en cas de crédit-temps, de congé parental,… cela ne peut pas être déduit des heures du contrat !

Le FINSS ne tient pas compte d'augmentations de temps de travail qui ont été attribuées après la demande DU PROJET.

Le travailleur bénéficie de :

❑ Crédit-temps ❑ Congé parental ❑ Réduction du temps de travail

❑ Aucune des propositions ❑ Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Combien d’heures: \_\_\_\_\_\_\_h / semaine date de fin : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Combien d’heures le travailleur preste-t-il effectivement (effectivement = heures suivant le contrat – crédit-temps,…) ? \_\_\_\_\_h / semaine

### \* L'employeur confirme que le travailleur est employé avec un **contrat de travail qui couvre au moins TOUTE LA DURÉE DU PROGRAMME** ET au 01/09/2022 ne sera pas employé comme remplaçant d’un travailleur qui suit actuellement la formation en art infirmier.

Date et signature de l’employeur :

1. **A REMPLIR PAR UN ETABLISSEMENT SCOLAIRE QUI DISPENSE LA FORMATION**

Je soussigné : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agissant en tant que : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

confirme que le diplôme/ l’attestation de Mr. / Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a été étudié et qu’il donne accès au 01/09/2022 à des études d’ Aide-soignant : ❑ oui ❑ non

Le candidat doit encore passer une épreuve d’admission. ❑oui ❑non Date résultat : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Cette partie a pour but de vérifier que le candidat peut théoriquement suivre la formation pour laquelle il demande un financement. Cela n’est pas un engagement d’admission de la part de l’école.

Nom et adresse de l’école (et/ou le cachet) : Date et signature :