# FORMULAIRE DE DEMANDE D’ACCOMPAGNEMENT POUR PLAN DE FORMATION

# au sein des Maisons Médicales ASI

Ce formulaire est uniquement destiné aux Maisons Médicales ASI agréées par l’AVIQ (CP 330 et indice ONSS 522).

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

**Nom de la Maison Médicale :**

Rue et n° :

Code postal : Commune :

Commission paritaire :

N° BCE (n° d’entreprise)

N° ONSS :  - -

**Personne de contact :**

Fonction :

Téléphone : E-mail :

**Nombre de travailleur·euse·s :** En ETP :

Personnes physiques :

1. **LE PROJET D’ACCOMPAGNEMENT**

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

12 heures  18 heures  24 heures  6 heures (uniquement en cas de plan de formation déjà existant)

En introduisant ce formulaire, vous vous engagez à mettre en place le nombre d’heures demandé. Si, après un premier contact avec l’opérateur et avant le démarrage de votre accompagnement, il s’avère que cette durée doit être adaptée, merci de prendre contact le plus rapidement possibe avec le FS ESS.

**A quelle période souhaitez-vous de préférence mettre en place cet accompagnement?**La planification des dates précises se fera dans un second temps, lorsque l’opérateur prendra contact avec vous.

Entre le       et le

**Avec quel opérateur conventionné par le FS ESS souhaitez-vous effectuer cet accompagnement?**

[Ancolie asbl](http://www.ancolie.be/)

[C.F.I.P. asbl](https://www.cfip.be/) (Centre pour la Formation et l’Intervention Psychosociologiques)

[P.S.D.D. asbl](https://psdd.org/) (Promotion de la Santé et du Développement Durable)

[R.E.S. asbl](https://www.resasbl.be/services/formation/) (Réseau d’Entreprises Sociales)

Après accord du FS ESS, l‘opérateur prendra contact directement avec vous.

1. **DONNEES DES** **PARTICIPANT·E·S**

**Combien de personnes participeront à l’accompagnement avec l’opérateur sélectionné ?**

      travailleur·euse·s salarié·e·s

      autres travailleur·euse·s (bénévoles, indépendant·e·s, administrateur·rice·s…)

L’accompagnement à la réalisation de votre plan de formation avec l’opérateur sélectionné doit être destiné à **minimum 2 participant·e·s** dont au moins 1 travailleur·euse salarié·e : il est donc accessible aux indépendant·e·s, administrateur·rice·s et/ou bénévoles.

Veuillez donc remplir le formulaire des données participant·e·s que vous trouverez sur la [page Internet du projet](https://www.fe-bi.org/fr/secteurs/Fonds/42042/cp-330-autres-etablissements-et-services-de-sante-formation-maisons-medicales-asi-accompagnement-plan-de-formation)

1. **DELAIS DE TRAITEMENT DU DOSSIER**

* L’institution envoie sa demande d’accompagnement au FS ESS avant de commencer son projet
* Le FS ESS répond au plus tard 15 jours après l'introduction du dossier, hors congés scolaires
* Le FS ESS prend contact avec l'opérateur
* L’opérateur prend alors contact avec l’institution
* L’'accompagnement a lieu
* L’opérateur envoie les listes de présence signées et les factures directement au FS ESS

**Date de la demande :**

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

**Annexes :**

données des participant·e·s qui participent à cet accompagnement avec l’opérateur sélectionné.

**Envoyez le formulaire de demande, avec l’annexe demandée, par e-mail à** [**gid-ess@fe-bi.org**](mailto:gid-ess@fe-bi.org)

**Trouvez tous les documents du projet sur notre site Internet :**  [**https://www.fe-bi.org/fr**](https://www.fe-bi.org/fr) **< formation < CP330 Autres Etablissements et Services de Santé <** [**Maisons médicales ASI : accompagnement plan de formation**](https://www.fe-bi.org/fr/secteurs/Fonds/42042/cp-330-autres-etablissements-et-services-de-sante-formation-maisons-medicales-asi-accompagnement-plan-de-formation)