***Année scolaire 2023-2024***

FORMULAIRE DE DEMANDE

dans le cadre de l’engagement d’un·e jeune en formation en alternance

*Ce projet s’adresse uniquement aux hôpitaux privés qui relèvent de la Commission paritaire 330.01.10.*

*Cette subvention est limitée à 7 jeunes par n°ONSS jusqu’à épuisement des moyens disponibles.*

## INSTITUTION

**Nom institution :** …………………………………………………… **N° de l’institution** : ………………

**Adresse :** …………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………….

**Numéro ONSS** : □□□-□□□□□□□-□□

**Avez-vous le même nr ONSS que d’autres hôpitaux si oui lesquelles :**

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Numéro Entreprise :**  □-□□□-□□□-□□□

**Personne de contact** : ……………………………………………………………………………………………………

**Fonction :** ……………………………………………………………………………………………………

**E-mail adresse :** ………………………………………………………@…………………………………………

**N° de téléphone :**  ……………………………………………………………………………………………………

**N° de compte bancaire** : BE □□ □□□□ □□□□ □□□□

**Nombre de travailleur·euse·s dans l’institution :** ……………ETP

## JEUNE

**Nom :**  ……………………………………………………………………………………………………

**Prénom :**  ……………………………………………………………………………………………………

**N° de registre national :** □□□□□□ - □□□□□

**Date de naissance** : ………/…………/…………………

**Nationalité :** **Belge/EU/Hors-EU**

**Genre : F/M**

**Quel est le niveau de diplôme du·de la jeune ? < CESS ou = CESS ou > CESS[[1]](#footnote-1)**

**Région du domicile du·de la jeune** : **Wallonie ou Bruxelles**

**La·le jeune était-il·elle demandeur·se d’emploi avant engagement ?** **OUI - NON**

**La·le jeune possède-t-il·elle une aptitude réduite au travail[[2]](#footnote-2) ?**  **OUI – NON**

## CENTRE DE FORMATION (ex : CEFA)

**Nom :**  ………………………………………………………………………………..……………………………..

**Adresse :**  …….………………………………………………………….……………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………….

**Tel**: ……………………………………………………………………………..

# **I. L’Emploi**

**Date d’embauche**: …………………………………………………………………………….…………………

**Salaire** **mensuel** brut: …………………………………………………………………………….…………………

**Barème selon CP :** ……………………………………………………………………………….………………

# **II. L’Alternance**

Pour rappel : La·le jeune doit être une nouvelle personne engagée. L’engagement du·de la jeune implique une augmentation du personnel.

1. **La·le jeune est-** **il·elle en dernière année de formation dans votre institution ?**

OUI NON

1. **En quelle année est-**il**·elle ?** ……………………………………………
2. **Quelle formation la·le jeune suit-il·elle dans le CEFA** ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Quelle est la fonction du·de la jeune dans l’institution ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………

1. **Sous quel statut est-il·elle engagé·e ? Ouvrier·ère ou employé·e**
2. **Décrivez brièvement les tâches du·de la jeune :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………

1. **Comment l’alternance est-elle organisée ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………

# **III. L’Accompagnement**

**Nom de la personne de contact Centre de formation :** ………………………………………………………

**N° de téléphone de l’accompagnateur·rice Centre de formation :** ……………………………………………………………

**Email accompagnateur·rice Centre de formation :** …………………………………………………………………..

**Tel accompagnateur·rice Centre de formation :** …………………………………………………………………..

**Nom du·de la tuteur·rice sur le lieu de travail** : …………………………………………………………………

**Fonction du·de la tuteur·rice sur le lieu de travail** : …………………………………………………………………

**E-mail du·de la tuteur·rice sur le lieu de travail :** …………………………………………………………………

**Tel du·de la tuteur·rice sur le lieu de travail :** …………………………………………………………………………

**Décrivez brièvement comment est abordé l’accompagnement sur le lieu de travail/les accords avec le CEFA :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

La demande complète doit être approuvée en Conseil d’entreprise. Cet accord est attesté par la signature de chacune des parties figurant dans le formulaire de demande auquel est annexé le procès-verbal de la réunion au cours de la laquelle la demande a été approuvée.

|  |  |
| --- | --- |
| **Date, nom et signature de l’employeur :**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Veuillez renvoyer ce formulaire au **Fonds social pour les hôpitaux** : **alternance@fe-bi.org**  Square Sainctelette 13-15, 1000 Bruxelles. Tél: 02 227 59 81. Fax: 02 227 59 75 | **Date, nom et signature du secrétaire du CE :** |

1. Certificat d’étude secondaire supérieur [↑](#footnote-ref-1)
2. Arrêté royal du 19/02/2013. Les critères pour être reconnu comme “personne avec une aptitude réduite au travail” se trouvent sur le site www.fe-bi.org [↑](#footnote-ref-2)