



**FONDS SOCIAL DES HOMES POUR PERSONNES AGEES ET DES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS PRIVES**  
**SOCIAAL FONDS VAN DE RUSTOORDEN VOOR BEJAARDEN EN DE RUST EN VERZORGINGSTEHUIZEN**

**PROJET RECYCLAGE DE 120 HEURES POUR ENREGISTREMENT AIDE SOIGNANT**  
**DECLARATION DE CREANCES**

(à compléter par l'employeur ou l'opérateur de formation et à renvoyer au Fonds social **A LA FIN** de la session )

**Données employeur**

Nom institution: : ..... N°ONSS: .....

Adresse: : .....

: .....

Personne de contact: : ..... Fonction au sein de

l'institution : .....

Téléphone: : ...../..... Fax: ..... e-mail:

.....

TYPE DE FORMATION <sup>1</sup>	
<b>1. Organisation par l'institution elle-même</b>	
1.a. Formation à donner par un opérateur de formation externe ET au sein de l'institution	
1.b. Formation à donner par un opérateur de formation, membre du personnel ET au sein de l'institution	
1.c. Formation à donner par un opérateur de formation, membre du personnel ET en dehors de l'institution	
<b>2. Formation externe chez un opérateur de formation externe (PROMOSOC ou autre)</b>	

Nom de l'opérateur de formation (si d'application) : .....

Période exacte du déroulement de la formation : .....

Frais réclamés pour le remboursement <sup>2</sup>	
• Formateur	€ .....
• Matériel didactique	€ .....
• Location salle	€ .....
• Autres (à préciser)	€ .....
.....	
<b>TOTAL</b>	<b>€ .....</b>

**Si la formation a été donnée par un formateur, membre du personnel, vous devez joindre le programme de la formation ainsi que le CV de ce formateur.**

Complété et approuvé, .../.../200..

Nom + signature employeur

Nom + signature du représentant des travailleurs

<sup>1</sup> Cocher la case qui convient

<sup>2</sup> Joindre obligatoirement copie de toutes factures, SVP.