



FORMULAIRE D'INSCRIPTION
PROJET DE FORMATION EN ART INFIRMIER
(FORMATION TEMPS PLEIN)

Que dois-je faire avec ce formulaire ?

Ce formulaire doit être dûment complété par le travailleur, l'employeur et l'école. Il doit être renvoyé dans son intégralité par email ifg-finss@fe-bi.org, par fax 02-227 59 75 ou à l'adresse Square Saintelette 13-15 à 1000 Bruxelles.

DATE ULTIME D'INSCRIPTION : 2 mars 2018

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

A. A REMPLIR PAR LE TRAVAILLEUR

1. Données personnelles

Sexe : Homme / Femme

Nationalité : Belge / UE / non-UE

Nom : _____

Prénom : _____

Rue : _____

Nr.: _____ Boîte: _____

Code postal + Commune: _____

Date de naissance : ____/____/____

Numéro du Registre national : _____

Email : _____

Gsm: _____

Les tests de sélection auront lieu de février au 10 avril 2018. Y-a-t-il des dates au cours de cette période pendant lesquelles vous n'êtes pas disponible ?

Si oui, quelle période? _____

Diplôme le plus élevé :

Pas de certificat ou de diplôme

Secondaire professionnel 6^{ème} année

Secondaire professionnel 7^{ème} année

Secondaire supérieur général, technique ou artistique (CESS)

Enseignement supérieur de type court (Bachelor)

Enseignement supérieur de type long (Master)

Si vous suivez actuellement des études d'infirmière ou d'infirmier ou que vous avez déjà suivi ces études dans le passé, remplissez le tableau ci-dessous.

Année scolaire (ex. 2014-2015)	Année de formation	A1 ou A2 ?	Avez-vous réussi ?
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> actuellement en cours (*)
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> actuellement en cours (*)
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> actuellement en cours (*)

Avez-vous déjà pris part aux tests de sélection que vous avez réussis mais vous n'avez pas été retenu pour le projet ? OUI NON

Année de participation aux tests de sélection : _____ Score du test : ++ + +/-

Si oui, voulez-vous repasser le test 2 (test de motivation et de personnalité) ? (dernier score obtenu est maintenu)? OUI NON

2. VOTRE CARRIÈRE : (seulement les secteurs tels que ceux présents sur le site web, donc pas CPAS, cabinets dentaires,...)

Prouvez 3 ans d'ancienneté dans un établissement relevant de la Commission paritaire des établissements et services de santé entre le 1/9/2013 et le 31/08/2018. Pas assez de place ? Ajouter une feuille.

AVERTISSEMENT : le travail intérimaire dans les soins de santé ne compte pas comme de l'ancienneté, 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 :

B. 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 + n° ONSS : ____ (*) / ____ / ____ (*) Très important !
N° : compte bancaire de l'institution pour le paiement des subsides : BE _____
Quel est temps de travail hebdomadaire à temps plein dans votre institution ? _____ heures/semaine
Directeur de l'institution : _____

2. Données du travailleur concerné :

Nom : _____ Prénom : _____
Date d'entrée en service: ____/____/____ Fonction actuelle : _____
Le travailleur concerné a, au 1/04/2018, 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 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 affirme que le travailleur repris ci-dessus est employé avec un **contrat de travail qui couvre au moins TOUTE LA DURÉE DU PROGRAMME** ET au 01/09/2018 ne sera pas employé comme remplaçant d'un travailleur qui suit actuellement la formation en art infirmier.

Date et signature de l'employeur :

C. A REMPLIR PAR L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE DANS LEQUEL LE TRAVAILLEUR SUIVRA LA FORMATION

Soussigné _____ Agissant en tant que _____

affirme que le **diplôme / certificat** de Mr/Mme _____ a été étudié et qu'au **1/09/2018** il peut donner accès à : (cochez ce qui est d'application):

Niveau : A2 (brevet) ou A1 (bachelier)

Plein exercice	Promotion sociale
<input type="checkbox"/> 1 ^{re} ou <input type="checkbox"/> 2 ^e ou <input type="checkbox"/> 3 ^e ou <input type="checkbox"/> 4 ^e	<input type="checkbox"/> 3 ^e PS ou <input type="checkbox"/> 4 ^e PS ou <input type="checkbox"/> 5 ^e PS

Le candidat doit encore passer une **épreuve d'admission** pour la formation en art infirmier. Date résultat : ____/____/____
 Le candidat suit maintenant la _____ année en soins infirmier. Date résultat : ____/____/____
 Le candidat doit réussir le complément de formation générale (CQ6) de 160 périodes. Date résultat: ____/____/____

Nom et adresse de l'école:
(et/ou le cachet)

Date et signature :