

Réf. de la formation :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Thème :

Formateur/trice :

Date(s) et lieux :

J'autorise le CAF à communiquer mon adresse électronique au.x formateur.trice.s

Bénéficiaire :

NOM : ..... Prénom : .....

Matricule : 

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

N° registre national : 

--	--	--	--	--	--

--	--	--

--	--

WBE  Autre Pouvoir Organisateur

Fonction et discipline enseignée : .....

Type d'enseignement et Niveau

- |  |                            |                                    |
|--|----------------------------|------------------------------------|
| 0 Fondamental ordinaire                        | 0 Secondaire technique     | 0 Promotion sociale                |
| 0 Fondamental spécialisé                       | 0 Secondaire professionnel | 0 Supérieur hors Université        |
| 0 Secondaire 1 <sup>er</sup> degré différencié | 0 Secondaire spécialisé    | 0 Pôle territorial                 |
| 0 Secondaire 1 <sup>er</sup> degré commun      | 0 Classe-passerelle        | 0 Agent CPMS                       |
| 0 Secondaire ordinaire                         | 0 Promotion/Sélection      | 0 Personnel auxiliaire d'éducation |

Degré 1 2 3      Phase 1 2 3      Cycle 1 2 3 4      Maturité 1 2 3 4

Merci de bien vouloir cocher les cases vous concernant.

Adresse privée : .....

Numéro de compte bancaire : BE .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Établissement : .....

N° FASE : .....

Direction : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Signature du bénéficiaire

Signature du chef d'établissement  
Pour accord

Sceau de l'établissement