

Réf. du groupe de travail :

					/				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

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 ^{er} degré différencié	0 Secondaire spécialisé	0 Pôle territorial
0 Secondaire 1 ^{er} 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