

Date : .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Nationalité : ..... Pays de naissance : .....  
Numéro d'identification du registre national : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_  
Téléphone fixe : +32..... GSM : +32.....  
Numéro à joindre en cas d'urgence : .....  
Email : .....@.....  
Rue et numéro : .....  
Code postal : .....Localité : .....  
Etat civil : célibataire – marié – cohabitant – veuf – divorcé – séparé de fait – émancipé \*  
Langue maternelle : français – autre \*  
(\* entourez ce qui correspond à votre situation)

---

**Niveau d'étude actuel:** cochez ce qui correspond le mieux à votre situation actuelle.

- Certificat d'enseignement secondaire inférieur (C.E.S.I.) :  Professionnel  Général  Technique  
 Certificat d'enseignement secondaire supérieur (C.E.S.S.) :  Professionnel  Général  Technique  
 7<sup>ème</sup> professionnelle C.E.S.S.  
 Diplôme de l'enseignement supérieur universitaire  
 Diplôme de l'enseignement supérieur **non** universitaire  
Enseignement :  ordinaire  spécial  
 Sans diplôme

---

**Situation professionnelle actuelle**

- Salarié**  **Indépendant** (sans personnel)  **Chef d'entreprise**  **Pensionné**

**Etudiant de moins de 18 ans**

Dans ce cas, vous devez nous fournir une attestation d'inscription pour l'année scolaire en cours établie par votre établissement de plein exercice et un règlement d'ordre intérieur de notre établissement signé par vos parents pour prise de connaissance et acceptation intégrale.

**Etudiant de plus de 18 ans**

- Demandeur d'emploi indemnisé**  FOREM  ACTIRIS  VDAB

N° inscription : .....

- Allocations d'attente  Demandeur d'emploi libre  Stage d'attente  
depuis  moins de 12 mois  entre 12 et 24 mois  plus de 24 mois

Date de votre inscription comme demandeur d'emploi : .....

**Mutuelle**

Dans ce cas, vous devez nous fournir deux documents :

- l'un de la mutuelle, précisant la date de début de l'invalidité ;
- l'autre du syndicat prouvant que vous avez bénéficié d'allocations de chômage jusqu'à la date de reconnaissance de l'invalidité par la mutuelle.

**Personne en situation de handicap**

Dans ce cas, vous devez nous fournir toute preuve ou attestation délivrée par une administration publique compétente ou toute décision judiciaire reconnaissant un handicap, une invalidité, une maladie professionnelle, un accident de travail ou de droit commun ayant entraîné une incapacité **permanente**.

**Bénéficiaire d'un CPAS (R.I.S. ou E.R.I.S.)**

Dans ce cas, vous devez nous fournir une attestation **récente** du CPAS (datée du moment de votre inscription).

**Enseignant**

Dans ce cas **et si** la formation dans laquelle vous souhaitez vous inscrire constitue un recyclage, veuillez nous demander l'attestation à faire compléter par votre chef d'établissement.

**Fonctionnaire public**

Dans ce cas **et si** la formation dans laquelle vous souhaitez vous inscrire vous est **imposée** par votre hiérarchie, veuillez nous demander l'attestation à faire compléter par celle-ci.

**Autre situation non prévue ci-dessus à préciser : .....**

---

**CONGE-EDUCATION**

(Uniquement pour les travailleurs salariés pour autant que la formation choisie ouvre le droit au congé-éducation payé)

**N.B.** : la liste des formations ouvrant le droit au congé-éducation payé est affichée à proximité du secrétariat. Merci de vérifier.

Souhaitez-vous bénéficier du congé-éducation ?

**OUI**

**NON**

---

**Merci de bien vouloir :**

- **préparer vos documents d'identité (carte, permis de séjour, ...).**
- **préparer votre carte bancaire pour le paiement des droits d'inscription (obligatoire pour pouvoir vous inscrire) VISA ou BANCONTACT**
- **préparer une copie du ou des diplôme(s) requis ou supérieur(s).**