

**Vous devez être dans les conditions pour demander la dispense. Les conditions se trouvent sur [leforem.be/dispenses](http://leforem.be/dispenses) et sont reprises sur le schéma qui se trouve à la fin de ce document.**

**Pour que la gestion de votre demande puisse être assurée, ce formulaire est à compléter entièrement.**

**QUE DEVEZ-VOUS FAIRE APRÈS AVOIR COMPLÉTÉ CE FORMULAIRE ?**

- Le transmettre à votre organisme de paiement (la CAPAC ou un syndicat) avant le début de la formation
- Attendre l'autorisation du Forem avant de débiter la formation

**PARTIE I : à compléter par le demandeur d'emploi**

Nom, Prénom .....

Rue, numéro .....

Code postal, ville .....

Votre numéro NISS se trouve au verso de votre carte d'identité

Numéro registre national (NISS) \_ \_ ' \_ \_ ' \_ \_ \_ \_ ' \_ \_ \_

Téléphone .....

E-Mail .....

**CETTE DEMANDE CONCERNE :**

**Demande initiale**, c'est-à-dire une première demande de dispense pour cette formation

OU

**Demande pour prolonger** une dispense déjà obtenue **pour la même formation**

**Je sollicite une dispense** pour la période du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_\_\_ pour suivre la filière suivante :

..... (indiquer l'intitulé de la filière)

J'ai travaillé plus de 78 jours à temps plein comme travailleur salarié ou plus d'un trimestre comme indépendant dans les 6 mois précédant le début de la formation.

OUI

NON

Pour cette formation, je percevrai les avantages financiers suivants : ..... euros

par heure jour semaine mois an

Je certifie que mes déclarations sont sincères et complètes.

**Date et signature**

\* Article 94§4 de l'arrêté royal du 25/11/1991 portant sur la réglementation du chômage.

**PARTIE II : à compléter par le Centre d’insertion socioprofessionnelle (CISP)**

Nom du CISP .....  
Agréé conformément aux dispositions applicables en Région wallonne  
Adresse.....  
Personne de contact.....  
Téléphone.....  
E-mail.....

Confirme que Mr/Mme .....  
est en formation (intitulé de la filière) .....  
à partir du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ jusqu’au \_\_/\_\_/\_\_\_\_

En cas de demande de prolongation, je certifie que le demandeur d’emploi a suivi la formation régulièrement lors de la précédente dispense pour cette formation. Sinon, merci d’indiquer la date d’arrêt de la formation précédente : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Je certifie que les déclarations sont sincères et complètes.

**Date et signature du responsable**

Cachet de l’établissement

N.I.S.S. : \_\_\_\_\_

# Suis-je dans les conditions pour **OBTENIR UNE DISPENSE POUR SUIVRE UNE FORMATION PAR LE TRAVAIL DANS UN CENTRE D'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE AGRÉÉ (CISP) ?** (article 94§4)

