

Vous devez être dans les conditions pour demander la dispense. Les conditions se trouvent sur 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 en entreprise
- Attendre l'autorisation du Forem avant de débiter la formation en entreprise

PARTIE I : à compléter par le demandeur d'emploi

Nom, Prénom

Rue, numéro

Code postal, ville

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

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

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 la dispense pour la période du __/__/____ au __/__/____ pour suivre :

- La formation en alternance (apprentissage) (intitulé)
- La formation de chef d'entreprise (intitulé)
- La formation de coordination et d'encadrement (intitulé)
- Un ou plusieurs stage(s) de pratique professionnelle dans le cadre de ma formation de

J'ai signé un contrat d'alternance/une convention de stage (barrer la mention inutile) OUI NON

Je perçois une indemnité à charge de l'employeur de euros

par heure jour semaine mois an

Je ne perçois pas d'indemnité à charge de l'employeur

Je certifie que mes déclarations sont sincères et complètes.

Date et signature

N.I.S.S. : _ _ ' _ _ ' _ _ _ _ ' _ _ _

PARTIE II : à compléter par le centre de formation ou le délégué à la tutelle (SYNTRA, IFAPME, EFPME, IAWM) ou le référent

Nom de l'organisme

Adresse

Personne de contact

Téléphone

E-mail

Confirme que Mr/Mme est inscrit à la formation suivante (intitulé)

PARTIE À REMPLIR EN CAS DE FORMATION EN ALTERNANCE :

La formation suivie répond à la définition de la formation en alternance (art 1bis de l'AR du 28/11/1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'Arrêté loi du 28/12/1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs) OUI NON

Le contrat d'alternance a été signé avec (nom et coordonnées de l'employeur)

et est rétribué(e) par l'employeur et l'indemnité théorique s'élève à euros

Elle couvre la période du __/__/____ au __/__/____ pour un nombre d'heures de stage pratique de h/sem

Le lieu de formation est situé à (ajouter l'adresse)

Le cycle de formation couvre 1 2 3 4 année(s) scolaire(s) ou de formation.

L'inscription concerne l'année 1 2 3 4

Le cycle de formation (1^{ère} année) a débuté le __/__/____

PARTIE À REMPLIR POUR TOUTES LES AUTRES FORMATIONS :

Le cycle de formation couvre 1 2 3 4 année(s) scolaire(s) ou de formation.

L'inscription concerne l'année 1 2 3 4

La formation théorique de cette année comporte un volume d'heure de h

La formation prévoit un stage obligatoire OUI NON. Si oui de h /année

Les cours débutent le __/__/____ et se terminent le __/__/____ et sont organisés :

En journée En soirée En journée et en soirée (joindre la grille horaire)

Le cycle de formation (1^{ère} année) a débuté le __/__/____

Une ou plusieurs convention(s) de stage de pratique professionnelle non rémunérée a/ont été signée(s) ? : OUI NON

Elle(s) couvre(nt) la période du __/__/____ au __/__/____ pour un nombre d'heures de stage pratique de h/sem (joindre la ou les convention(s) et leurs horaires)

En cas de demande de prolongation de la dispense, 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 du centre de formation/
du délégué à la tutelle/du référent

Cachet de l'établissement

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