



DEMANDE DE DISPENSE POUR SUIVRE UNE FORMATION PAR LE TRAVAIL (CISP)*

Numéro de référence de
l'Organisme de paiement :

.....

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

→ 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

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 de prolongation d'une dispense déjà obtenue

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

J'ai déjà bénéficié d'une dispense pour suivre une formation CISP (ex EFT/AFT)

OUI pour la période du __/__/____ au __/__/____

NON

* Article 94§4 de l'arrêté royal du 25/11/1991 portant sur la réglementation du chômage.
Circulaire Ministérielle interprétative du 24/07/17.

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

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

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 __/__/____

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 (CISP) ? (article 94§4)

