



DEMANDE DE DISPENSE POUR SUIVRE UNE FORMATION EN ALTERNANCE OU UNE FORMATION DE CHEF D'ENTREPRISE OU DE COORDINATION ET D'ENCADREMENT

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 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 de prolongation d'une dispense déjà obtenue

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)

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, SFPME, 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)

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/la convention de stage/la convention de stage de pratique professionnelle (barrer les mentions inutiles) a été signé(e) avec (nom et coordonnées de l'employeur)

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 __/__/____

La partie théorique de la formation effectuée sous la responsabilité de l'établissement d'enseignement ou de formation comporte, sur base annuelle, au moins 150 heures (y compris les dispenses de cours éventuellement octroyées)

OUI NON

Les cours se déroulent principalement du lundi au vendredi avant 17h.

(veuillez fournir la grille horaire personnalisée pour l'année en cours) OUI NON

La partie pratique effectuée en milieu professionnel comporte au moins en moyenne 20 heures du lundi au vendredi.

OUI NON

La convention de stage/le contrat d'alternance est rétribué(e) par l'employeur : OUI NON

L'indemnité théorique s'élève à euros

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. : ____-____-____-____

SUIS-JE DANS LES CONDITIONS POUR OBTENIR UNE DISPENSE POUR SUIVRE UNE FORMATION EN ALTERNANCE OU UNE FORMATION DE CHEF D'ENTREPRISE OU DE COORDINATION ET D'ENCADREMENT ? (article 94§6, article 92)

