

RESERVE A L'ADMINISTRATION — ANNEE SCOLAIRE 2018-2019
N° DOSSIER _____ DATE DE RECEPTION _____

PROJET « FORMATION 600 » - SECTEUR PUBLIC
FORMULAIRE D'INSCRIPTION (à remplir par l'employé)

IDENTITE : (en majuscules)

NOM _____ PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____ N° REGISTRE NATIONAL _____ SEXE : M / F *

RUE _____ N° _____ Bte _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

N° TELEPHONE _____ N° GSM _____

E-MAIL _____

SCOLARITE :

Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur (CESS)	OUI – NON *
Certificat de 6 ^{ème} Professionnelle	OUI – NON *
Certificat de 7 ^{ème} Professionnelle	OUI – NON *
Diplôme en kinésithérapie ou autre diplôme paramédical A1 (enseignement supérieur)	OUI – NON *
A déjà obtenu le diplôme d'Assistant Hospitalier (ASH)	OUI – NON *
A déjà suivi des cours dans le cadre du « projet 600 »	OUI – NON *

* Entourer la réponse qui convient

Si vous avez auparavant déjà entamé des études d'art infirmier (bachelier ou brevet), indiquez lesquelles (joindre attestations de réussite):

Année scolaire	Années d'études	A1 / A2	Nom de l'établissement	Réussite / Échec

PARCOURS PROFESSIONNEL : au moins depuis le 1^{er} septembre 2015 puisqu'une expérience de minimum 3 ans dans une ou plusieurs institutions ressortissant du secteur fédéral de la santé (public ou privé) est requise.
(pour le secteur privé, joindre copie du contrat de travail)

Nom de l'employeur	Fonction	Période du ... au ...

CHOIX DE FORMATION : Mettre une croix dans les cases correspondantes

Enseignement de plein exercice		Bachelier en soins infirmiers (A1)	
Enseignement de Promotion sociale		Brevet d'infirmier hospitalier (A2)	

Année d'étude à suivre en 2018-2019 : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème}

DATE : ___/___/2018 SIGNATURE DU CANDIDAT : _____

<p>Garder une copie de votre inscription et renvoyer les 3 formulaires et le formulaire d'évaluation de santé par courrier avant le 04/05/2018 (date de la poste faisant foi) à :</p> <p>ONSS 11, Place Victor Horta 1060 BRUXELLES Tél : 02/509.32.02 (Mme Jacqueline Rahier)</p>
--



RESERVE A L'ADMINISTRATION — ANNEE SCOLAIRE 2018-2019

N° DOSSIER _____ DATE DE RECEPTION _____

PROJET « FORMATION 600 » - SECTEUR PUBLIC
ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR (à remplir par l'employeur)

DONNEES RELATIVES A L'EMPLOYEUR: (en majuscules)

NOM DE L'INSTITUTION : _____

RUE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TEL : ____/____/____ FAX : ____/____/____ PERSONNE DE CONTACT : _____

N° D'ENTREPRISE : _____ MATRICULE ORPSS : _____

DONNEES RELATIVES AU TRAVAILLEUR CONCERNE: (en majuscules)

NOM ET PRENOM : _____

N° REGISTRE NATIONAL : _____

DATE D'EMBAUCHE : _____

FONCTION ACTUELLE : _____ personnel soignant : OUI – NON *

DUREE DE TRAVAIL hebdomadaire pour un temps plein : _____

DUREE DE TRAVAIL hebdomadaire du travailleur concerné au 31/08/2018** : _____

CODE NACE du travailleur *** : _____

L'employeur donne la garantie que le candidat reste en service pendant la durée de la formation.

OUI – NON *

DATE ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR :

Garder une copie de votre inscription et renvoyer les 3 formulaires et le formulaire d'évaluation de santé par courrier **avant le 04/05/2018** (date de la poste faisant foi) à :

ONSS

11, Place Victor Horta

1060 BRUXELLES

Tél : 02/509.32.02 (Mme Jacqueline Rahier)

* Entourer la réponse qui convient

** Pour le travailleur qui bénéficie d'une pause carrière ou de prestations réduites, il convient d'indiquer, en cas de changement de la durée de travail hebdomadaire avant le 31/08/2018, les nouvelles prestations.

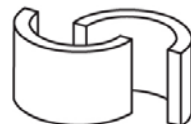
*** Code NACE: en ce qui concerne les travailleurs des employeurs affiliés à l'ORPSS, il doit s'agir de travailleurs déclarés par l'employeur sous un des codes NACE suivants:

- 86101-86102-86103-86104-86109 : hôpitaux

- 86903 : ambulances

- 86904-86905-86906-86907-86909 : activités paramédicales

- 87101-87301-87302 : maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, résidences services



RESERVE A L'ADMINISTRATION — ANNEE SCOLAIRE 2018-2019

N° DOSSIER _____ DATE DE RECEPTION _____

PROJET « FORMATION 600 » - SECTEUR PUBLIC
ATTESTATION SCOLAIRE

CONTROLE EN CE QUI CONCERNE L'ACCES AUX ETUDES:

Vous devez contacter une école de votre choix, qui organise la formation d'infirmier et dans laquelle vous souhaitez suivre les études d'infirmier si vous êtes sélectionné pour le projet de formation. Il revient à cette école de contrôler si la formation que vous avez déjà suivie vous donne accès aux études d'infirmier. **Dès lors cela ne signifie pas que vous devez vous inscrire pour suivre les études, ni que cette école est votre choix définitif.** Ce formulaire n'est pas non plus une preuve que vous êtes déjà sélectionné pour le projet de formation !

A REMPLIR PAR L'ECOLE

<p><u>Dénomination de l'école :</u></p> <p>Nom : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>_____</p> <p>N° de téléphone et de fax : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(Cachet de l'école)</p>	<p><u>Le responsable :</u></p> <p>Je confirme par la présente (Nom et fonction) :</p> <p>_____</p> <p>que le diplôme de monsieur ou madame</p> <p>_____</p> <p>a été examiné et pourrait donner accès au 1^{er} septembre 2018 à :</p> <p><input type="checkbox"/> La formation d'infirmier breveté (A2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plein exercice : O 1^{ère} O 2^{ème} O 3^{ème} • Promotion sociale : O 1^{ère} O 2^{ème} O 3^{ème} O 4^{ème} O 5^{ème} <p><input type="checkbox"/> La formation d'infirmier <u>bachelier</u> (A1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plein exercice : O 1^{ère} O 2^{ème} O 3^{ème} O 4^{ème} • Promotion sociale : O 1^{ère} O 2^{ème} O 3^{ème} O 4^{ème} O 5^{ème} <p><input type="checkbox"/> Épreuve d'admission nécessaire <u>(Le résultat doit être connu pour le début de l'année scolaire 2018-2019)</u></p> <p style="padding-left: 40px;">O oui O non</p> <p>Date et signature du responsable</p>
--	--

AVIS IMPORTANT :

Après la fin du cycle d'études, le candidat s'engage à travailler minimum 5 ans en tant qu'infirmier(ère)
(à temps plein ou à temps partiel) dans le secteur.

Après le 4 mai 2018, il ne sera plus tenu compte des candidatures incomplètes ou parvenues hors délais (date de la poste faisant foi)

Garder une copie de votre inscription et renvoyer les 3 formulaires et le formulaire d'évaluation de santé par courrier **avant le 04/05/2018** (date de la poste faisant foi) à :

ONSS

11, Place Victor Horta

1060 BRUXELLES

Tél : 02/509.32.02 (Mme Jacqueline Rahier)