**ANNEE SCOLAIRE 2023-2024**

**PROJET « FORMATION 600 » - SECTEUR PUBLIC**

**AIDE-SOIGNANT OU INFIRMIER**

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION (à remplir par l’employé)**

**IDENTITE** : (en caractères d’imprimerie)

NOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

RUE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° GSM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SCOLARITE :**  **\* Entourer la réponse qui convient**

Certificat d’Enseignement Secondaire Supérieur (CESS) OUI – NON \*

Certificat de 6ème Professionnelle OUI – NON \*

Certificat de 7ème Professionnelle OUI – NON \*

Diplôme en kinésithérapie ou autre diplôme paramédical A1 (enseignement supérieur) OUI – NON \*

A déjà suivi des cours dans le cadre du « projet 600 » OUI – NON \*

Si vous avez auparavant déjà entamé des études d’art infirmier(bachelier ou brevet) ou d’aide-soignant, indiquez lesquelles (joindre attestations de réussite).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année scolaire** | **Années d’études** | **A1 / A2/A-S** | **Nom de l’établissement** | **Réussite / Échec/ En cours** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**PARCOURS PROFESSIONNEL** : au moins depuis le **1er septembre 2020** (expérience de minimum 3 ans dans une ou plusieurs institutions du secteur fédéral de la santé (public ou privé) 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

* Bachelier en soins infirmiers (A1) : O **Enseignement de plein exercice**

O  **Enseignement de Promotion sociale**

* Brevet d’infirmier hospitalier (A2) : O **Enseignement de plein exercice**

O **Enseignement de Promotion sociale**

* Aide-soignant

Année d’études à suivre en 2023-2024 : O 1ère O 2ème O 3ème O 4ème O 5ème

DATE : \_\_\_/\_\_\_/2023 SIGNATURE DU CANDIDAT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez transmettre les formulaires **avant le 4 avril 2023**  de préférence par e-mail à l’adresse [maribel@onss.fgov.be](mailto:maribel@onss.fgov.be)

**ONSS –DIRECTION MARIBEL SOCIAL**

**11, Place Victor Horta**

**1060 BRUXELLES**

**Tél  : 02/509.32.02 ( Mme Carine Mincke)**

**ANNEE SCOLAIRE 2023-2024**

**PROJET « FORMATION 600 » - SECTEUR PUBLIC**

**AIDE-SOIGNANT OU INFIRMIER**

**ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR (à remplir par l’employeur)**

**DONNEES RELATIVES A L’EMPLOYEUR** : (en caractères d’imprimerie)

NOM DE L’INSTITUTION : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONNE DE CONTACT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° D’ENTREPRISE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MATRICULE ONSS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DONNEES RELATIVES AU TRAVAILLEUR CONCERNE** : (en caractères d’imprimerie)

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 31/08/2023\*\* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 :

Veuillez transmettre les formulaires **avant le 4 avril 2023** de préférence par e-mail à l’adresse [maribel@onss.fgov.be](mailto:maribel@onss.fgov.be)

**ONSS –DIRECTION MARIBEL SOCIAL**

**11, Place Victor Horta**

**1060 BRUXELLES**

**Tél  : 02/509.32.02 ( Mme Carine Mincke)**

**\***  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 31/08/2023, les nouvelles prestations.

**\*\*\*** Code NACE : en ce qui concerne les travailleurs des employeurs du secteur public local, 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 pour personnes âgées

**ANNEE SCOLAIRE 2023-2024**

**PROJET « FORMATION 600 » - SECTEUR PUBLIC**

**AIDE-SOIGNANT OU INFIRMIER**

**CONTROLE EN CE QUI CONCERNE L’ACCES AUX ETUDES** :

Vous devez contacter une école de votre choix, qui organise la formation d’infirmier ou d’aide-soignant 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 souhaités. **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** | |
| Dénomination de l’école :  Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° de téléphone :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Cachet de l’école ) | Le responsable :  **Je confirme par la présente** ( Nom et fonction ) :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **que le diplôme de Monsieur ou Madame**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **a été examiné et pourrait donner accès au 1er septembre 2023 à :**   * La formation d’infirmier breveté ( *A2* ) * Plein exercice : O 1ère O 2ème O 3ème * Promotion sociale : O 1ère O 2ème O 3ème O 4ème O 5ème * La formation d’infirmier bachelier ( *A1* ) * Plein exercice : O 1ère O 2ème O 3ème O 4ème * Promotion sociale : O 1ère O 2ème O 3ème O 4ème O 5ème * La formation d’aide-soignant * Épreuve d’admission nécessaire **(Le résultat doit être connu pour le début de l’année scolaire 2023-2024)**   O oui O non  Date et signature du responsable |

**AVIS IMPORTANT :**

Si vous avez auparavant déjà entamé des études d’art infirmier(bachelier ou brevet) ou d’aide-soignant, veuillez joindre les attestations de réussite.

Les réussites avant le 1er septembre 2018 ne sont pas prises en compte ; le cursus complet devra être recommencé.

**Après le 4 avril 2023, il ne sera plus tenu compte des candidatures incomplètes ou parvenues hors délais.**

Veuillez transmettre les formulaires **avant le 4 avril 2023,** de préférence par e-mail à l’adresse [maribel@onss.fgov.be](mailto:maribel@onss.fgov.be)

**ONSS – DIRECTION MARIBEL SOCIAL**

**11, Place Victor Horta**

**1060 BRUXELLES**

**Tél  : 02/509.32.02 ( Mme Carine Mincke)**