

## FORMATION - BULLETIN D'INSCRIPTION



Réf. de la	formation :		/		
Thème :					
Formateur/trice :					
Date(s) et lieux :					
J'autorise le CAF à communiquer mon adresse électronique au.x formateur.trice.s					
Bénéficiaire:					
NOM : Prénom :					
Matricule :					
N° registre national :					
WBE Autre Pouvoir Organisateur					
Fonction et discipline enseignée :					
Type d'enseignement et Nive	eau				
0 Fondamental ordinaire	0 Second	daire technique	0	Promotion so	ciale
			0 Supérieur hors Université		
0 Secondaire 1 <sup>er</sup> degré différencié 0 Secondaire spécialisé 0 Pôle territorial					
				0 Agent CPMS	
0 Secondaire ordinaire 0 Promotion/Sélection 0 Personnel auxiliaire d'éduc				xiliaire d'éducation	
Degré 123	Phase 123	Cycle	1234	Matur	ité 1234
Merci de bien vouloir cocher les cases vous concernant.					
Adresse privée :					
Numéro de compte bancaire : BE					
Téléphone :					
Courriel:					
Établissement :					
N° FASE :					
Direction:					
Adresse:					
Téléphone :					
Courriel:					
Signature du bénéficiaire	Signature du chef d	'établissement.	Pour accord	Sceau	de l'établissement

Toutes les données à caractère personnel collectées sont traitées conformément aux dispositions du règlement général sur la protection des données, dans le cadre des missions d'intérêt public dévolues au CAF. Pour de plus amples informations sur vos droits en matière de traitement des données à caractère personnel, le CAF vous invite à consulter sa Déclaration vie privée : https://www.lecaf-wbe.be/\_files/ugd/58bc16\_6c771a24fdeb479499accb86dc7cfbc7.pdf