

Réf. de la formation :

0	6	8	3	/	0	7	1	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Thème : Métajournée: climat scolaire

Formateur/trice :

Date(s) et lieux : 24/11/2025 au CAF

☐ 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 Niveau

- | | | |
|--|----------------------------|------------------------------------|
| 0 Fondamental ordinaire | 0 Secondaire technique | 0 Promotion sociale |
| 0 Fondamental spécialisé | 0 Secondaire professionnel | 0 Supérieur hors Université |
| 0 Secondaire 1 ^{er} degré différencié | 0 Secondaire spécialisé | 0 Pôle territorial |
| 0 Secondaire 1 ^{er} degré commun | 0 Classe-passerelle | 0 Agent CPMS |
| 0 Secondaire ordinaire | 0 Promotion/Sélection | 0 Personnel auxiliaire d'éducation |

Degré ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Phase ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Cycle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Maturité ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

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