

Réf. de la formation :

0	4	6	0	/	0	7	4	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Thème : @ Journée Numérique - Métajournée WBE

Formateur/trice : CAF Numérique

Date(s) et lieux : 01/10/2024 - CAF Tihange

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

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fondamental ordinaire | <input type="checkbox"/> Secondaire technique | <input type="checkbox"/> Promotion sociale |
| <input type="checkbox"/> Fondamental spécialisé | <input type="checkbox"/> Secondaire professionnel | <input type="checkbox"/> Supérieur hors Université |
| <input type="checkbox"/> Secondaire 1 ^{er} degré différencié | <input type="checkbox"/> Secondaire spécialisé | <input type="checkbox"/> Pôle territorial |
| <input type="checkbox"/> Secondaire 1 ^{er} degré commun | <input type="checkbox"/> Classe-passerelle | <input type="checkbox"/> Agent CPMS |
| <input type="checkbox"/> Secondaire ordinaire | <input type="checkbox"/> Promotion/Sélection | <input type="checkbox"/> 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