



RÉF. DE LA FORMATION : [] [] [] [] [] / [] [] [] []

Thème :

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 Niveau

- O Fondamental ordinaire O Secondaire technique O Promotion sociale
O Fondamental spécialisé O Secondaire professionnel O Supérieur hors Université
O Secondaire 1er degré différencié O Secondaire spécialisé O Pôle territorial
O Secondaire 1er degré commun O Classe-passerelle O Agent CPMS
O Secondaire ordinaire O Personnel auxiliaire d'éducation

Degré (1) (2) (3) Phase (1) (2) (3) Cycle (1) (2) (3) Maturité (1) (2) (3)

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 :

Table with 3 columns: 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://me-qr.com/f/LeCAF-vie-privee