

**DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE FORMATION DANS LE CADRE  
DU CONGÉ ÉDUCATION PAYÉ (CEP)**

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES À DESTINATION DE LA CP 329.02 – À joindre au  
programme de formation

Nom de l'opérateur de formation :

Numéro de l'entreprise :

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse :

Statut juridique :

Titre de la formation pour laquelle le bénéfice du CEP est demandé : Code SPF

--

Cadre réservé au SPF

Durée de la formation :

Du (date début)..... Au (date fin).....

Nombre d'années : .....

Bref descriptif :

Quelle est la plus-value apportée par la formation pour les travailleurs dans le cadre de leur fonction dans le secteur et pour le secteur :

Cette formation est-elle subsidiée ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui :

- Par l'enseignement ?  
Dans quel cadre ?

OUI	NON
-----	-----

- Par un autre subside ?  
Lequel ?

OUI	NON
-----	-----

## Nombre total d'heures

### 1. de formation (colonne 1)

*Sont prises en compte les heures de formation visant l'acquisition de connaissances théoriques, de connaissances pratiques et de savoir-faire. Les heures de formation pratique, dirigées/encadrées par le formateur, peuvent également être prises en compte hors du centre de formation.*

### 2. de stage (colonne 2)

*Les stages considérés comme périodes d'exercice temporaire de la profession pour laquelle on est formé, ne sont quant à eux pas pris en compte.*

### 3. autres

	Formations	Stages	Autres (à préciser)
Total			
Année 1			
Année 2			
Année 3			

Est-il possible de scinder les heures d'une année sur plusieurs années ?  OUI  NON

Si le nombre d'heures dépasse 360 heures par an, veuillez motiver :

Nombre de participants prévus ? 

Minimum :	Maximum :
-----------	-----------

Le nombre est-il limité par des motifs liés au contenu ou au dispositif de formation ?

Coût pour les participants :

	Coût horaire/travailleur
Coût total	
Coût par an : Année 1	
Année 2	
Année 3	

Veuillez motiver le coût de la formation :

La même formation a-t-elle déjà été présentée pour approbation à la CP 329.02 par le même opérateur ?

OUI  NON

Si oui :

Date de la demande	
Date de l'examen de la demande	
Date de réponse	
Contenu de la réponse	Approbation / Refus