



Formulaire d'inscription
Formation de base des personnes de confiance dans le cadre des risques
psychosociaux au travail (UE 391)



Année académique **2024-2025**

Merci d'écrire lisiblement et en majuscules.

Nom	Prénom
Adresse privée	
CP	Localité
• H • F Date de naissance	Nationalité
Lieu de naissance	Pays
Téléphone	GSM
E-mail	
• J'accepte que mon adresse e-mail soit utilisée pour l'activation d'un compte MyCPFB.	

Si je suis salarié (e), les coordonnées de l'organisation ou de l'entreprise dans laquelle je travaille sont les suivantes :

Organisation ou employeur		
Nom de la direction		
Fonction que j'occupe		
Adresse		
CP	Localité	
Téléphone	Fax	GSM
E-mail		

Je joins à ce formulaire d'inscription les documents suivants :

- Une copie recto/verso de la carte d'identité
 - Une copie du diplôme C.E.S.S. (certificat d'enseignement secondaire supérieur)
- Je suis titulaire d'un diplôme supérieur :

Je paie les frais de formation :

Les frais de formation pour les 5 journées s'élèvent à 300 euros.

- Paiement par Bancontact le jour de l'inscription
- Paiement par virement avant le 1er jour de formation sur le compte : BE56 2710 6187 2288
- Mon employeur paie ma formation



Formulaire d'inscription
Formation de base des personnes de confiance dans le cadre des risques
psychosociaux au travail (UE 391)

- Je demande une facture

Nom employeur
Adresse
CP et commune
TVA
Fonction que j'occupe

Pour bénéficier de l'exonération d'une partie du droit d'inscription, je déclare sur l'honneur que :

- Je suis demandeur d'emploi et autorise la communication par le FOREM/ACTIRIS de ma situation au C.P.F.B.
Mon numéro d'inscription au **FOREM/à ACTIRIS** :
.....
- Je suis demandeur d'emploi et je remets le jour de mon inscription au C.P.F.B. l'attestation d'exonération
délivrée par le **VDAB datée du mois d'août ou de septembre 2024.**
- Je bénéficie d'un revenu d'intégration et je remets le jour de mon inscription au C.P.F.B. une attestation de
ce revenu délivrée par le **CPAS datée du mois d'août ou de septembre 2024.**
- Autre motif d'exonération - Indiquez le motif :

Si ma déclaration n'est pas confirmée par une attestation de l'organisme concerné, je m'engage à payer le solde
des frais de formation.

**En cas de désinscription avant le premier dixième de l'unité de formation, les frais de formation seront remboursés
excepté 50€ qui couvrent les frais administratifs.**

Mon numéro de compte IBAN est le suivant : BE _ _ _ _ _

Engagements :

- J'affirme sur l'honneur que les renseignements communiqués ci-dessus au C.P.F.B. sont exacts. En cas de
changement dans ma situation personnelle, je le communique par écrit et dans les meilleurs délais au
secrétariat du C.P.F.B.
- J'ai pris connaissance du **Règlement d'Ordre Intérieur du C.P.F.B.** qui est consultable aux valves générales
du C.P.F.B., sur le site internet, ainsi que sur la plateforme MyCPFB.
- Je reconnais que mon inscription est provisoire tant que mon dossier administratif n'est pas complet et que
mes droits d'inscription n'ont pas été acquittés dans les délais prescrits.
- J'ai pris connaissance du R.G.P.D. disponible sur le site du C.P.F.B. et **autorise / n'autorise pas*** la
publication d'une photo. (* barrer la mention inutile)

Pour accord,

Date :

Signature :

Signature délégué direction