



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

Année académique **2025-2026**

Photo

**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 et à la Newsletter	

**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 350 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 2025.**
- ☐ 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 2025.**
- ☐ 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)

Dans le cadre de votre inscription et conformément à la circulaire administrative 9241 du 22/04/2024, le CPFB  
consulte et communique avec le registre national et la base de données SIEL-EPS, et ce dans le respect du RGPD.

**Pour accord,**

**Date :**

**Signature :**

**Signature délégué direction**