



Bilan de Compétences 2024-2026

Formulaire de demande

Equipe Bilan de Compétences - APEF-FeBi : 13-15 Square Saintelette à 1000 Bruxelles
Téléphone : 02 227 62 05 - Mail : bilan@apef-febi.org

INFORMATIONS PERSONNELLES¹

Nom :		Genre :	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> X
Prénom :		Date de naissance :			
Mail privé :		Gsm/Tel. Privé :			
Adresse postale (rue, N°, code postal et commune)					
Domicile :	<input type="checkbox"/> BXL - <input type="checkbox"/> RW - <input type="checkbox"/> FL - <input type="checkbox"/> Hors BE	Nationalité:	<input type="checkbox"/> BE - <input type="checkbox"/> UE - <input type="checkbox"/> Hors UE		

➤ Votre niveau de diplôme le plus élevé

- Inférieur au CESI (certificat d'enseignement secondaire inférieur)
- Egal au CESI
- Egal au CESS (certificat d'enseignement secondaire supérieur)
- Enseignement supérieur de type court (graduat, régendat, baccalauréat)
- Enseignement supérieur de type long (licence, master, doctorat)

➤ Votre expérience professionnelle

Nombre d'années

Expérience professionnelle totale (quel que soit le secteur et le pays)

Ancienneté chez l'employeur actuel

➤ Votre statut actuel

Vous êtes actuellement : Salarié-e Salarié-e en préavis Sans emploi

⇒ Si vous êtes actuellement salarié-e en période de préavis : Date fin prévue contrat :

⇒ Si vous êtes actuellement sans emploi : indiquez les informations relatives au contrat de travail chez votre ancien employeur relevant d'un des secteurs concernés par le projet :

Date début contrat : Date fin contrat :

⇒ Si vous êtes sans emploi ou salarié-e en préavis, êtes-vous concerné-e par les obligations d'outplacement (reclassement professionnel) ?

Oui Non

Commentaire :

Êtes-vous **en arrêt de travail** pour raisons médicales ? Oui à temps plein à temps partiel Non
Depuis quand?

Avez-vous une **aptitude au travail réduite** ? (exemple : situation de handicap , de maladie professionnelle , d'invalidité [invalidité = plus d'un an d'incapacité de travail]) Oui Non

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE EMPLOYEUR

Ou de votre ancien employeur, pour les personnes sans emploi inoccupées depuis moins d'1 an

➤ De quel Fonds Social relève votre employeur ?	Commission Paritaire	Indice ONSS
<input type="checkbox"/> Hôpitaux (H)	330	025
<input type="checkbox"/> Personnes âgées (PA)		330 et 311
<input type="checkbox"/> Etablissements et services de santé (ESS)		422, 522, 722 et 735
<input type="checkbox"/> Education et hébergement (319 bico)	319	462
<input type="checkbox"/> Education et hébergement (ISAJH)	319.02	162
<input type="checkbox"/> Socioculturel et sportif (4S)	329.02 & 329.03	362 et 762
<input type="checkbox"/> Aide sociale et soins de santé (ASSS)	332	222
<input type="checkbox"/> Milieux d'accueil d'enfants (MAE)		022
<input type="checkbox"/> Auxiliaire non marchand (337)	337	139
<input type="checkbox"/> Aides Familiales (AF)	318.01	611
<input type="checkbox"/> Arts du spectacle (304 francophone)	304 francophone	662

¹ Les informations demandées permettent de vérifier les conditions d'accès ou de priorité définies par le Fonds social concerné et/ou sont utilisées dans le cadre de l'évaluation globale du dispositif au sein de APEF-FeBi. APEF-FeBi s'engage à traiter les données personnelles qui lui sont transmises conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection de données à caractère personnel (RGDP).

N° d'immatriculation ONSS ² de votre institution :						
Nom de l'ASBL/ l'institution :						
Nom du service :						
Adresse (+ CP et commune) :						
Votre fonction au sein de l'institution :						
Votre régime de travail		heures / semaine, soit				% d'un temps plein
Date d'entrée en service chez votre employeur :						

VOTRE CHOIX D'ORGANISME DE BILAN DE COMPETENCES

Une présentation des opérateurs est disponible sur notre site : [Trouver un opérateur](#)

Localisation choisie (Commune)			
Mode d'accompagnement: <input type="checkbox"/> En présentiel <input type="checkbox"/> A distance <input type="checkbox"/> A domicile		Langue d'accompagnement: <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> AN	

MOMENT DU BILAN et SIGNATURE(S)

➤ À quel moment souhaitez-vous réaliser votre bilan de compétences ?

<input type="checkbox"/> En dehors du temps de travail Dans ce cas il ne faut pas l'accord de votre employeur mais joindre obligatoirement : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la copie de votre fiche de salaire du mois précédent (vérification ONSS) Cas particuliers : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si vous êtes en incapacité de travail : joindre la copie de la fiche de salaire du mois précédent ou attestation de l'employeur (statut actuel + date début contrat) ou attestation de la mutuelle (avec date début indemnité + <u>nom employeur actuel</u>) <input type="checkbox"/> si vous êtes sans emploi : joindre la copie de la dernière fiche de salaire + attestation d'inscription à l'ONEm (ou RVA) (+ dates) 	<input type="checkbox"/> Durant le temps de travail <input type="checkbox"/> En partie durant le temps de travail et en partie en dehors du temps de travail Dans ce cas, il faut l'accord de votre employeur : <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nom et prénom de la personne représentant l'employeur :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Signature de la personne représentant l'employeur + cachet :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date :</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>Merci de signer également au bas du document</i></p>	Nom et prénom de la personne représentant l'employeur :		Signature de la personne représentant l'employeur + cachet :		Date :	
Nom et prénom de la personne représentant l'employeur :							
Signature de la personne représentant l'employeur + cachet :							
Date :							

Conditions et informations générales

- Le formulaire et l'annexe doivent être dûment complétés et introduits accompagnés de tout autre document utile (**Toutes les attestations doivent être datées au plus tard, du mois précédent l'introduction de la demande**)
- Les contacts entre personne demandeuse du bilan et le Fonds sont réalisés de préférence via l'adresse e-mail privée de la personne.
- Une réponse vous est transmise dans les 20 jours suivant la réception de votre demande complète.
- **La confidentialité de la demande est assurée tout au long de la démarche.**
- Les conditions d'accès spécifiques à chaque Fonds sont précisées dans la brochure d'information et notre [site internet](#).
- Le dispositif est gratuit pour les personnes. En contrepartie, il est demandé aux personnes inscrites de s'engager à suivre l'entièreté du parcours et à participer à l'évaluation du dispositif réalisée par les Fonds partenaires, l'APEF asbl et FeBi asbl. Les données recueillies seront traitées de manière anonyme.

Signature de la personne (demandeuse du bilan) :	Date :

Par cette signature, vous attestez :

- Que les informations renseignées sur ce formulaire et l'annexe confidentielle sont sincères et véritables.
- Avoir pris connaissance des conditions et informations générales reprises ci-dessus.

² Cette information peut se trouver sur votre fiche de salaire, sur votre contrat de travail, auprès du service de RH, auprès de votre employeur.



Bilan de Compétences 2024-2026

Annexe confidentielle

Equipe Bilan de Compétences - APEF-FeBi : 13-15 Square Saintelette à 1000 Bruxelles
Téléphone : 02 227 62 05 - Mail : bilan@apef-febi.org

Nom :		Prénom :	
-------	--	----------	--

Les informations demandées reprises dans cette annexe sont destinées à l'équipe de gestion du projet au sein de APEF-FeBi afin de vérifier l'adéquation entre la demande et le projet (question 1 à 3) ainsi que l'éventuelle priorité de la demande (question 4.2.)

Le bilan de compétences doit impérativement se faire sur base volontaire.
La confidentialité est assurée tout au long de la démarche par l'équipe de gestion du projet et par l'opérateur.
Aucune information ne sera transmise à l'employeur.

1) Qu'est-ce qui vous amène à vouloir entreprendre une démarche de bilan de compétences ?

2) Qu'attendez-vous de cette démarche ?

3) Quelles sont vos éventuelles questions par rapport au bilan de compétences ?

4) Situations spécifiques :

4.1. Avez-vous un problème de santé ? oui non

Si oui, et si vous le souhaitez, pouvez-vous le décrire en quelques mots ?

4.2. Etes-vous concerné-e par une « demande d'intervention psychosociale³ » dans le cadre des procédures concernant les risques psychosociaux ? oui non

5. Commentaires éventuels :

³ La demande d'intervention psychosociale est définie dans l'Arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail (M.B. 28.4.2014) : <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/risques-psychosociaux-au-travail>