**ANNEE SCOLAIRE 2025-2026**

**PROJET « FORMATION 600 » - SECTEUR PUBLIC**

**AIDE-SOIGNANT OU INFIRMIER**

**ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR (à remplir par l’employeur)**

**DONNEES RELATIVES A L’EMPLOYEUR** : (en caractères d’imprimerie)

NOM DE L’INSTITUTION : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONNE DE CONTACT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° D’ENTREPRISE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MATRICULE ONSS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DONNEES RELATIVES AU TRAVAILLEUR CONCERNE** : (en caractères d’imprimerie)

NOM ET PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° REGISTRE NATIONAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE D’EMBAUCHE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FONCTION ACTUELLE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personnel soignant : OUI – NON \*

DUREE DE TRAVAIL hebdomadaire pour un temps plein : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DUREE DE TRAVAIL hebdomadaire du travailleur concerné au 31/08/2025\*\* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODE NACE du travailleur \*\*\* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**L’employeur donne la garantie que le candidat reste en service pendant la durée de la formation.**

OUI – NON \*

### DATE ET SIGNATURE DE L’EMPLOYEUR :

Veuillez transmettre les formulaires **avant le 1er avril 2025**  de préférence par e-mail à l’adresse [maribel@onss.fgov.be](mailto:maribel@onss.fgov.be)

**ONSS –DIRECTION MARIBEL SOCIAL**

**11, Place Victor Horta**

**1060 BRUXELLES**

**Tél  : 02/509.20.53 ( Mme Stéphanie Clais)**

**\***  Entourer la réponse qui convient

**\*\*** Pour le travailleur qui bénéficie d’une pause carrière ou de prestations réduites, il convient d’indiquer, en cas de changement de la durée de travail hebdomadaire avant le 31/08/2025, les nouvelles prestations.

**\*\*\*** Code NACE : en ce qui concerne les travailleurs des employeurs du secteur public local, il doit s’agir de travailleurs déclarés par l’employeur sous un des codes NACE suivants :

- 86101-86102-86103-86104-86109 : hôpitaux

- 86920 : transport de patients par ambulance

- 86931 – 86932 – 86933 – 86939 – 86951 - 86952- 86959 - 86993 - 86994 - 86996 – 86940 – 86991 – 86995 - 86999 : activités paramédicales

- 87101-87301-87302 : maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, résidences services pour personnes âgées