

**Document justificatif pour les heures assimilées**

**en vertu de l’article 3, §1er, 11° de l’AGW du 15 décembre 2016**

*L’article 3, §1er, 11° de l’AGW du 15 décembre 2016 dispose que,**pour les filières organisées conformément à l’article 9, alinéa 1er, 3°, a), sont également assimilées aux heures de formation, les heures non encore dispensées aux stagiaires qui ont réalisé au minimum la moitié de leur programme individuel de formation et qui mettent fin à leur contrat de formation après avoir signé un contrat de travail d’une durée minimale de quatre mois ou un contrat de formation professionnalisante chez un autre opérateur.*

*Ne sont donc ici visées que les seules filières pour lesquelles l’entrée et la sortie de formation sont identiques pour l’ensemble des stagiaires.*

*Lorsque la situation d’un stagiaire correspond aux conditions ci-dessus :*

* *les heures assimilées correspondantes sont répertoriées comme telles dans l’annexe de recensement annuel des stagiaires faisant partie du rapport d’activités annuel.*
* *le présent document complété figure dans le dossier individuel du stagiaire concerné, ainsi que la pièce probante (copie du contrat de travail, copie du contrat de formation professionnalisante).*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Identification du centre**

Dénomination du centre :

Numéro d’agrément : \_ \_ \_

**Données relatives au stagiaire**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Localité :

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Filière suivie :

Date d’entrée en formation du stagiaire : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Date de fin de formation du stagiaire : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Durée théorique du programme de formation individualisé du stagiaire : heures

Nombre d’heures effectivement suivies : heures

Nombre d’heures assimilées : heures

Fait à (localité), le (date du jour)

*Certifié sincère et exact*

*Le stagiaire Pour le centre*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nom et signature du stagiaire Nom et signature du/de la responsable