

Réf. de la formation :

0	1	2	2	/	0	6	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**Thème :** Apprendre à Apprendre - 4e édition de la métajournée WBE

**Formateur/trice :** Cellule « Apprendre à apprendre »

**Date(s) et lieux :** 11/04/2024 au CAF

J'autorise le CAF à communiquer mon adresse électronique au.x formateur.trice.s

**Bénéficiaire :**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Matricule :**

**N° registre national :**

WBE  Autre Pouvoir Organisateur

**Fonction et discipline enseignée :** .....

**Type d'enseignement et Niveau**

- |  |                            |                                    |
|--|----------------------------|------------------------------------|
| 0 Fondamental ordinaire                        | 0 Secondaire technique     | 0 Promotion sociale                |
| 0 Fondamental spécialisé                       | 0 Secondaire professionnel | 0 Supérieur hors Université        |
| 0 Secondaire 1 <sup>er</sup> degré différencié | 0 Secondaire spécialisé    | 0 Pôle territorial                 |
| 0 Secondaire 1 <sup>er</sup> degré commun      | 0 Classe-passerelle        | 0 Agent CPMS                       |
| 0 Secondaire ordinaire                         | 0 Promotion/Sélection      | 0 Personnel auxiliaire d'éducation |

**Degré** (1) (2) (3)      **Phase** (1) (2) (3)      **Cycle** (1) (2) (3) (4)      **Maturité** (1) (2) (3) (4)

Merci de bien vouloir cocher les cases vous concernant.

**Adresse privée :** .....

**Numéro de compte bancaire : BE** .....

**Téléphone :** .....

**Courriel :** .....

**Établissement :** .....

**N° FASE :** .....

**Direction :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone :** .....

**Courriel :** .....

Signature du bénéficiaire	Signature du chef d'établissement Pour accord	Sceau de l'établissement
---------------------------	--	--------------------------