

NOM DU DESTINATAIRE

TITRE

Bureau 4F423
Rue Adolphe Lavallée, 1

Agrément **XXXX**

Annexe 3 : Confirmation ou annulation d'une action - Programmation 2014-2020.

1. Établissement : NOM DE L'ÉTABLISSEMENT
2. Matricule : XXXXXXX
3. Adresse : Rue XXX
CODE POSTAL COMMUNE
4. Réseau : CF - CPEONS - FELSI - SeGEC

Je soussigné(e),(3), Chef de l'établissement susmentionné, confirme

- l'organisation de l'action suivante : (1)
- l'annulation de l'action suivante : (1)

5. Action :

- N° du projet EPS : **X-XXXX**
- N° d'agrément : **XXXX**
- Intitulé de la formation : **NOM DE L'U.E. AGRÉE**
- Code de la formation : **XXXXXXXXXXXX**
- N° administratif de la formation : **XXX** EPT : **OUI - NON**
- Nombre total de périodes agréées : **Y** (20__ : A- 20__ : B)
- Nombre de périodes FSE agréées : **Y/2**
- Montant FSE agréé : **00,00€**
- Date de début : **XX/XX/20__**
- Date de fin : **XX/XX/20__**
- Partenaire(s) (2) : **Prison de ...**
- Commentaire(s)

En cas de confirmation, je précise les points suivants repris au Document 2 :

Date effective de début :(3) Date effective de fin :(3)

Nombre de périodes effectivement organisées :

En 20__	CG - CT	:	dont	FSE (3)
	CS	:	dont	FSE (3)
	CTPP-PP	:	dont	FSE (3)
En 20__	CG - CT	:	dont	FSE (3)
	CS	:	dont	FSE (3)
	CTPP-PP	:	dont	FSE (3)

Nombre d'étudiants réguliers au 1er/10ème (à mentionner pour toutes les actions de formation) (3)

dont stagiaires éligibles HPI (travailleurs occupés et/ou demandeurs d'emploi) (3)

OU

dont stagiaires éligibles PI (demandeurs d'emploi) (3)

NB : le nombre total des périodes organisées doit correspondre au nombre total des périodes agréées.

Date :

Signature :

(1) Biffer la mention inutile

(2) Joindre, le cas échéant, une copie de la convention particulière passée avec le(s) partenaire(s)

(3) A compléter obligatoirement.

REF. CCG : PR/XX/XXXX/ DATE CCG / DATE IMPRESSION

Bureau 4F425 - Rue Adolphe Lavallée, 1 1080 Bruxelles
Tel : 02/690.87.33 Fax : 02/690.87.39