



# Formulaire de demande de collaboration en vue de la mise a disposition d'une personne en emploi d'insertion.

## A. Informations générales sur votre organisme

Dénomination de l'organisme : .....

Statut juridique :  ASBL  S.A.  SRL  Autre :.....

Si ASBL, précisez l'objet social : culture / social / santé / formation / enseignement / sport / autres :  
.....

Nom<sup>1</sup> du responsable : .....

Fonction dans l'organisme (administrateur délégué/directeur général/gérant/etc.) :  
.....

Personne de contact : .....

Fonction dans l'organisme : .....

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Adresse du siège social : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° d'entreprise : .....

Adresse de l'unité d'établissement concernée par la demande (si différente du siège social) :  
.....

Code postal : ..... Commune : .....

N° de l'unité d'établissement : .....

N° TVA : ..... Commission paritaire : .....

### À remplir par les entreprises sociales :

Agrément de la Région de Bruxelles-Capitale en tant qu'entreprise sociale : **oui / non**

Mandatement de la Région de Bruxelles-Capitale pour la réalisation d'un programme d'insertion : **oui / non**

Si c'est le cas, N° PRIMANOVA : .....

### Description sommaire de l'activité (type d'activité, objet social, missions, etc.) :

<sup>1</sup> Nom de la personne habilitée à engager légalement l'organisation



Documents à transmettre au CPAS	Documents réceptionnés par le CPAS
Statuts de l'organisme tels que publiés au Moniteur belge	<input type="checkbox"/>
Derniers comptes et bilans approuvés	<input type="checkbox"/>
Attestation TVA du dernier trimestre	<input type="checkbox"/>
Attestation d'agrément en tant qu'entreprise sociale, le cas échéant	<input type="checkbox"/>
Attestation de mandatement en tant qu'entreprise sociale d'insertion, le cas échéant	<input type="checkbox"/>
Attestation de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, le cas échéant	<input type="checkbox"/>
Toute autre pièce utile pour présenter l'organisme (rapport d'activité, brochures, etc.)	<input type="checkbox"/>

## B. Informations relatives au personnel et à l'environnement de travail

**Avez-vous un service Interne de Prévention et Protection au Travail (SIPPT) : oui / non**

Si oui : coordonnées du Conseiller en Prévention (nom, tél, email, etc.) :

.....

**Avez-vous un service Externe de Prévention et Protection au Travail (SEPPT) : oui / non**

Si oui : coordonnées du Service Externe et du Médecin du Travail (nom, tél, email, etc.) :

.....

Accidents du travail	Année N-2	Année N-1
Nombre d'accidents de travail		
Nombre d'accidents du travail graves		
Nombre de jours d'incapacité de travail		

Documents à transmettre au CPAS	Documents réceptionnés par le CPAS
Règlement de travail	<input type="checkbox"/>
Attestation ONSS	<input type="checkbox"/>
Preuve de l'assurabilité en matière de responsabilité civile pour les travailleurs	<input type="checkbox"/>
La déclaration sur l'honneur relative au volume d'emploi ( <i>annexe 1</i> )	<input type="checkbox"/>
Rapport annuel SIPPT et/ou SEPPT	<input type="checkbox"/>
Dernier rapport de visite des lieux de travail en matière de prévention et de protection au travail	<input type="checkbox"/>
Toute pièce utile permettant d'éclairer l'organisation du travail : organigramme, ROI, charte, etc.	<input type="checkbox"/>



C. Informations relatives au poste de travail (A remplir pour chaque poste de travail sollicité)

Table with 2 columns: Documents en annexe à remplir et à transmettre au CPAS, Documents réceptionnés par le CPAS. Rows include: Description de fonction, Horaire de travail, Calendrier des dates pour fermetures collectives, Fiche d'évaluation des risques liés au poste de travail, Autres personnes de contact dans l'organisme.

D. Projet d'Insertion Professionnelle (A remplir pour chaque poste de travail sollicité)

Indiquez ici ce que vous envisagez de mettre en place afin de favoriser l'insertion professionnelle de la personne engagée au sein de votre organisme.

Le projet d'insertion professionnelle doit contribuer à former le travailleur à l'emploi qu'il occupe ou à développer son autonomie dans une perspective de transition vers un emploi durable et de qualité.

- Comment envisagez-vous l'écolage du travailleur ?
- Que proposez-vous de mettre en place pour permettre la formation du travailleur ?
- Quelles sont les compétences professionnelles que le travailleur pourrait acquérir durant son contrat de travail ?
- Etes-vous prêt à libérer le travailleur jusqu'à maximum 1/5 du temps de travail annuel pour lui permettre de se former ?



Oui / non

Si non, pour quels motifs ?

.....  
.....  
.....

- Quel accompagnement comptez-vous mettre en place afin de développer l'autonomie du travailleur dans une perspective d'emploi durable ?

.....  
.....  
.....

- Existe-t-il une possibilité d'embauche au sein de votre organisation au terme de l'emploi d'insertion.

Oui / non

Si oui, sous quelle forme ? .....

Si non, pour quels motifs ? .....

.....

**Un référent doit être désigné pour accompagner le travailleur durant tout son contrat. Veuillez remplir ci-dessous les données nécessaires pour identifier cette personne :**

Nom, prénom : .....

Fonction : .....

Téléphone direct : .....

E-mail : .....

Ancienneté : .....

- Le référent encadre combien de personnes ? .....
- Quel temps hebdomadaire le référent consacre-t-il à l'accompagnement de l'agent en emploi d'insertion ? .....

**E. Eléments complémentaires (Facultatifs) (A remplir pour chaque poste de travail sollicité)**



- Avez-vous déjà un candidat pressenti aidé par notre CPAS que vous souhaitez voir mis à disposition ?

**Oui / non**

Si oui, veuillez indiquer les nom, prénom et date de naissance de la personne concernée :

.....  
 .....

- [A compléter le cas échéant par le CPAS]

.....  
 .....

**F. Signature**

Le candidat utilisateur certifie que les données transmises sont exactes.

Rempli par : .....

Le : ...../...../.....

Pour le candidat utilisateur,



## ANNEXE 1 : déclaration sur l'honneur relative au volume d'emploi

Conformément à l'article 3 de l'Arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 23 mai 2019 relatif à l'emploi d'insertion visé à l'article 60, § 7 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale,

*« L'utilisateur externe doit, au moment de la demande de collaboration, démontrer qu'il ne remplace pas d'emplois existants par des emplois d'insertion et qu'il s'engage à maintenir le volume d'emploi à sa charge tel qu'existant avant la mise à disposition. »*

Je soussigné, ....., représentant légal de .....,  
(nom de l'organisme), déclare sur l'honneur :

1. Disposer, à la date de signature, du volume d'emploi suivant à sa charge :

Personnel de l'utilisateur	Nombre de personne(s)	Volume ETP	Fonction(s)	Evolution au cours des 12 derniers mois: - Stable - Licenciements (motifs) - Engagements
<b>Salarié(s) à charge de l'utilisateur</b>				
Dont contrats subventionnés (type à préciser)				
<b>Stagiaires (type à préciser)</b>				
<b>Bénévoles</b>				
<b>Total du personnel mis à disposition en emploi d'insertion visé à l'art. 60 LO (Tous CPAS confondus)</b>				
Par le CPAS de la ville de Bruxelles :				
Par d'autre(s) CPAS:				

2. Que l'emploi d'insertion sollicité par la présente demande de collaboration représente un emploi supplémentaire au sein de l'organisme.

Fait à ....., le : ...../...../.....

Signature du candidat utilisateur, (précédé par la mention « lu et approuvé »)

.....



**ANNEXE 2 : informations relatives au poste de travail (A remplir pour chaque poste de travail sollicité)**

**I. Description de fonction**

La description de fonction doit renvoyer à un référentiel métier en lien avec le marché du travail et qui permet de déterminer les compétences requises liées à l'exercice du métier.

Vous pouvez consulter, par exemple, les sites web suivants : IMTB/TALENT sur :

<http://imtb.actiris.be/Pages/Default.aspx>, Columbus, ROM3 en lien avec le marché du travail

**Description du poste de travail :**

Affectation : dans quel service/département le travailleur exercera-t-il ses tâches ?	- .....
Localisation : - adresse principale : - adresse si le lieu d'affectation est différent du siège social : Déplacement requis ? Oui / Non Si oui, par quels moyens	- ..... - ..... - .....
Responsable direct : (nom, prénom, fonction)	- ..... - .....
Dénomination de la fonction (agent d'entretien, ouvrier non qualifié, employé administratif, etc.)	- .....
Tâches liées à la fonction. Préciser s'il s'agit de tâches d'exécution de manière autonome ou en support d'une autre personne	- ..... - ..... - ..... - ..... - ..... - .....



**Profil recherché :**

Compétences techniques (bâtiment, nettoyage, jardinage, informatique, etc.)	- .....
Compétences relationnelles (sens de l'accueil, esprit d'équipe, sociabilité, etc.)	- ..... - .....
Compétences linguistiques (français, néerlandais, anglais, etc.) Niveau de maîtrise de la lecture et de l'écriture du français et/ou du néerlandais	- ..... - .....
Autres prérequis, le cas échéant (accès à la profession, permis de conduire, etc. )	- ..... - .....

**II. Horaire de travail**

Temps plein :

Temps partiel :

Hebdomadaire : ..... Heures/semaine

- Journalier : ..... heures/jour

	.....		.....	
	de	à	de	à
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				





Horaire à justifier par un besoin spécifique du secteur d'activités :

	Oui	Non	Justification
En soirée			
De nuit			
Le weekend			

Régime de travail fixe :

Régime de travail flexible<sup>2</sup> :

Explications du régime de travail flexible :

..... .....
----------------

### III. Calendrier des périodes de fermeture collective.

Est-ce que votre organisme a fixé des périodes de fermeture collective pour vacances annuelles ?

**Oui / non**

Si oui, veuillez compléter les périodes :

- Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
- Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
- Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
- Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

<sup>2</sup> En cas de régime de travail flexible, l'ensemble des horaires d'application doit être transmis au CPAS.



#### IV. Fiche d'évaluation des risques liés au poste de travail

1. RISQUES PROFESSIONNELS	
<input type="checkbox"/>	Agents biologiques et chimiques : dont piqure d'aiguille, etc.
<input type="checkbox"/>	Agents toxiques et nocifs : solvants ou produits dangereux, ...
<input type="checkbox"/>	Appareils de levage <input type="checkbox"/> élévateur, pont
<input type="checkbox"/>	Chute d'objets
<input type="checkbox"/>	Chute de hauteur (échelle / échafaudage / toiture)
<input type="checkbox"/>	Chute de plain-pied : sol glissant / huile / eau / verglas
<input type="checkbox"/>	Conduite d'engin <input type="checkbox"/> type : ..... <input type="checkbox"/> Formation prévue : oui / non
<input type="checkbox"/>	Conduite de véhicule
<input type="checkbox"/>	transport de matériaux : <input type="checkbox"/> type : ..... <input type="checkbox"/> tonnage : .....
<input type="checkbox"/>	transport de personnes : <input type="checkbox"/> nombre de personnes : .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sélection médicale.
<input type="checkbox"/>	Exposition au froid / au chaud
<input type="checkbox"/>	Manutention <input type="checkbox"/> de personnes <input type="checkbox"/> de charges : <input type="checkbox"/> moins de 25 Kg <input type="checkbox"/> plus de 25 kg / <input type="checkbox"/> courante/occasionnelle
<input type="checkbox"/>	Poussières et particules fines : farine, menuiserie, ...
<input type="checkbox"/>	Produits d'entretien : nettoyage / autre
<input type="checkbox"/>	Projection d'éclats
<input type="checkbox"/>	Risques de brûlure : soudage, four, ...
<input type="checkbox"/>	Risques électriques : <input type="checkbox"/> contact direct <input type="checkbox"/> contact indirect
<input type="checkbox"/>	Risques explosif : <input type="checkbox"/> bonbonne de gaz <input type="checkbox"/> vapeur d'essence <input type="checkbox"/> Autre : .....
<input type="checkbox"/>	Travail en hauteur : <input type="checkbox"/> échelle <input type="checkbox"/> échafaudage <input type="checkbox"/> toiture
<input type="checkbox"/>	Travail insalubre
<input type="checkbox"/>	Travail soumis au bruit
<input type="checkbox"/>	Travail sur écran
<input type="checkbox"/>	Travaux de démolition

VOLET A : LE POSTE DE TRAVAIL



- Travaux de terrassement
- Travaux intérieurs / extérieurs
- Utilisation d'outils ou objets tranchants : tour, trancheuse, ciseau à bois, carrosserie, ...
- Utilisation d'outils tournants : tour, foreuse, ...

**2. VÊTEMENTS DE TRAVAIL ET ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (+ indiquer le type de protection)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blouse                          | <input type="checkbox"/> Masque                            |
| <input type="checkbox"/> Casque / casquette / charlotte  | <input type="checkbox"/> Pantalon – salopette              |
| <input type="checkbox"/> Ceintures – harnais de sécurité | <input type="checkbox"/> Pommades                          |
| <input type="checkbox"/> Chaussures de sécurité / bottes | <input type="checkbox"/> Protections auditives             |
| <input type="checkbox"/> Equipement spécifique           | <input type="checkbox"/> Veste / pantalon de signalisation |
| <input type="checkbox"/> Gants de protection             | <input type="checkbox"/> Autre : .....                     |
| <input type="checkbox"/> Lunettes – écran de protection  |  |

**3. FORMATION À PRÉVOIR**

- Accueil du travailleur (A.R. du 25/4/2007)
- Utilisation de substances dangereux
- Signalisation de sécurité (ex. : pictogrammes)
- Conduites d'engin (Clark, balayeuse, ...)
- Travail en hauteur
- .....

**4. RÉALISATION DE L'ACCUEIL**  oui  non

Nom responsable accueil ★ :

Fonction responsable accueil :

Période de l'accueil :  1 semaine  1 mois  6 mois  1 an  .....

**Le(s) travailleur(s) doit(vent) également s'engager à communiquer toute information à leur Ligne Hiérarchique quant aux manquements du partenaire externe relative à ses obligations en matière de bien-être (voir annexe 2).**

Signature du travailleur :

VOLET A : LE POSTE DE TRAVAIL

**★ conformément à l'Arrêté Royal du 25 avril 2007, l'accueil doit être effectué par un travailleur**



expérimenté.

**5. AVIS**

Conseiller en Prévention      Signature :

**Commentaires** : Aptitude médicale / contre-indication.

**1. Surveillance de santé obligatoire**       oui       non

**Risques pour la santé**

- Poste de sécurité       Poste de vigilance
- Contact avec les denrées alimentaires
- Jeunes < 18 ans / Stagiaire

**Activité à risques définis :**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Agents chimiques</b>         | <input type="checkbox"/> ammoniac, nickel, plomb, etc.   |
| <b>Agents biologiques</b>       | <input type="checkbox"/> poussières<br><input type="checkbox"/> contact avec les denrées alimentaires (A.R. du 13/7/2014)<br><input type="checkbox"/> virus, bactéries, champignons, parasites   |
| <b>Agents physiques</b>         | <input type="checkbox"/> rayonnements ionisants<br><input type="checkbox"/> rayonnements infra-rouge<br><input type="checkbox"/> bruit<br><input type="checkbox"/> vibrations<br><input type="checkbox"/> températures<br><input type="checkbox"/> laser<br><input type="checkbox"/> ultrasons<br><input type="checkbox"/> rayons ultraviolets<br><input type="checkbox"/> ..... |
| <b>Contraintes ergonomiques</b> | <input type="checkbox"/> risques musculo-squelettiques<br><input type="checkbox"/> écran de visualisation<br><input type="checkbox"/> manutention de charges<br><input type="checkbox"/> mouvement et positions pénibles   |
| <b>Risques psychosociaux</b>    | <input type="checkbox"/> agression physique / verbale<br><input type="checkbox"/> travail de nuit<br><input type="checkbox"/> travail isolé / travail d'équipe<br><input type="checkbox"/> horaires atypiques<br><input type="checkbox"/> travail monotone   |

**2. Mesures en cas de grossesse et d'allaitement :**       oui       non

Lesquelles ?	Quand ?
Examen dirigé :	Périodicité :

VOLET B : LA MEDECINE DU TRAVAIL



**3. Mesures liées à la protection de la maternité**  oui  non

Travailleuse enceinte : Aménagement du poste de travail : .....  
Ecartement à partir du : .....

Travailleuse allaitante : Aménagement du poste de travail : .....  
Ecartement pour une période de : .....

**4. Vaccinations /test**

Tétanos  Tuberculose  Hépatite B  Autres :

**5. Avis**

Médecine du Travail Signature :

**Commentaires** : Aptitude médicale / contre-indication.



ANNEXE 3 : autres personnes de contact dans l'organisme

<u>Processus de sélection des travailleurs :</u>	<u>Gestion des états de prestations mensuelles :</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone :	Téléphone :
GSM :	GSM :
Courriel :	Courriel :