**Formulaire D2a RAPPORT DE VISITE D’ENTREPRISE**

Coach sectoriel/représentant(e) sectoriel : …………………………………………………………………………………………………………………

Fonds sectoriel : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

En application de l’article 2bis § 2 de l’accord de coopération–cadre relatif à la formation en alternance conclu le 24 octobre 2008 entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française, modifié par les avenants des 27 mars 2014 et 15 mai 2014,

je soussigné(e), …………………………………………………….. , coach sectoriel, représentant(e) sectoriel, référent, mandaté(e) par le fonds sectoriel : …………………………………………………………………………………………………..

déclare avoir effectué une visite en vue de l’agrément de l’entreprise :

Chef d’entreprise/Directeur (Nom et prénom) ……………………………………………………………………………………………………………

Dénomination de l’entreprise : ……………………………………………………..

Adresse de l’unité d’établissement : ………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Téléphone : …………………………………. GSM : …………………………….…… E-mail :…………………………………………………….

Commission paritaire : ……………………………………………………..

N° ONSS : …………………………………………………….. N° BCE :……………………………………………………..

Nom du service externe/interne de prévention SEPPT (éventuel) : ☐ CESI ☐Mensura ☐Securex

 ☐ Provikmo ☐ autres : ……………………..

Le(s) métier(s) dans le(s)quel(s) la formation des apprenants en alternance est sollicitée est (sont le(s) suivant(s) (en référence aux profils SFMQ quand ils existent) :

* ……………………………………………………..
* ……………………………………………………..
* ……………………………………………………..

Sur base de cette visite d’entreprise, le chef d’entreprise ou le directeur ayant confirmé son engagement et sa déclaration sur l’honneur pour le(s) métier(s) repris ci-dessus, j’émets un avis ……………………………………………… .

pour les motifs suivants : ………………………………………………………………………………………………

Le(s) tuteur(s) désigné(s) remplissant les conditions de tuteur au sens de l’accord de coopération cadre du 24 octobre 2008 est/sont :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | Prénom | Numéro NISS | Métier(s) | Tuteur désigné [[1]](#footnote-1) |
| N d’annéesd’expérience prof. dans le métier | Formationagréée | Titre CDVC(Centre de validation des compétences) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Fait à …………………………………………………….. , le ……………………………………………………..

Signature du coach/ représentant sectoriel :

**Formulaire D2b**

**VOLET SECTORIEL DU RAPPORT DE VISITE**

Nom du coach/représentant sectoriel : ………………………………………………………………………………………………………………………..

Secteur : ………………………………………………………………………………………………

Nom de l’entreprise : ………………………………………………………………………………………………

1. Description de l’unité d’établissement de l’entreprise :

|  |
| --- |
| Activité(s) principale(s) : |
| Activité(s) accessoire(s) : |
| Nombre d’ouvriers : |
| Nombres d’employés : |
| Nombre de personnes en formation présentes dans l’entreprise : |
| Capacité formative du tuteur selon l’accord de coopération :Capacité formative du tuteur selon l’accord sectoriel : |
| Souhait ou possibilité d’engagement d’un autre apprenant : ☐ Oui / ☐ Non |
| Expérience de la formation en alternance dans l’entreprise : |

1. Description du (des)lieux d’apprentissage :

|  |
| --- |
| Nature du local/lieux de formation :  |
| Département dans l’entreprise : |
| Remarques éventuelles : |

1. Poste de travail :

|  |
| --- |
| Intitulé du métier/de la fonction :  |
| Fiche poste de travail : ☐ Oui / ☐ Non |

1. Bien-être au travail et sécurité :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | oui | non | Remarques éventuelles |
| Le règlement de travail est-il remis à l’apprenant ? | ☐ | ☐ | ☐ pas d’apprenant☐ à faire |
| Les mesures de sécurité et d’hygiène principales sont-elles prises et décrites au niveau des locaux ? | ☐ | ☐ |  |
| Les mesures et normes de sécurité sont-elles décrites et appliquées au niveau du matériel d’apprentissage fourni à l’apprenant? (machines, outils, …) | ☐ | ☐ |  |
| Existe-t-il un descriptif des dangers et mesures? | ☐ | ☐ | ☐ pas d’apprenant☐ à faire |

1. Formation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | oui | non | Remarques éventuelles |
| Les outils, machines et matières 1ères mis à la disposition de l’apprenant sont-ils suffisants et adaptés à l’apprentissage ? | ☐ | ☐ |  |
| La formation est-elle complétée par une formation interne ou externe supplémentaire à charge de l’employeur ? | ☐ | ☐ |  |
| Un changement de lieu, de local d’apprentissage est-il envisagé au long de la formation ? | ☐ | ☐ |  |
| Existe-t-il des restrictions d’apprentissage dues au type de société ou de sa spécificité en fonction du métier choisi par le jeune ? | ☐ | ☐ |  |

Lorsque le fonds sectoriel dispose d’une grille d’analyse spécifique, le coach sectoriel la remplit pour étayer son avis.

Fait à …………………………………………………….. , le ……………………………………………………..

J’atteste sur l’honneur que les informations fournies sont exactes.

Nom du chef d’entreprise ou de son représentant : Signature :

………………………………………………………………………………… ……………………………………………

Autre visite à prévoir le : ………………………………………………………………………………………………………………………

1. Conclusions du coach sectoriel/ représentant sectoriel

Avis : □ Favorable

 □ Défavorable

Signature du coach/ représentant sectoriel :

1. Doit répondre à une des conditions [↑](#footnote-ref-1)