# **Fiche d’information**

**A renvoyer par e-mail à** [codef@codef.be](mailto:codef@codef.be) **ou par courrier postal au siège social de la CODEF :**

**Rue de la Station, 25F à 4670 Blegny**

## Coordonnées de l’asbl

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination officielle : |  |
| Dénomination en abrégé : |  |
| N° Entreprise : |  |
| Adresse (rue + n°) : |  |
| Code postal : |  |
| Ville : |  |
| Personne de contact[[1]](#footnote-2): |  |
| Téléphone : |  |
| E-mail : |  |
| Site Internet : |  |
| Page Facebook : |  |
| Nom de votre secrétariat Social  et numéro d’affiliation : |  |
| Nom du SEPP (médecine du travail)  et numéro d’affiliation : |  |
| N° ONSS : |  |
| N° NACE : |  |
| Secteur d’activités : |  |

## Coordonnées du représentant légal de l’ASBL

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Fonction : |  |
| Téléphone : |  |
| E-mail : |  |

## DONNEES RELATIVES A LA COMMISSION PARITAIRE (Si vous en avez plusieurs, indiquez-les !)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Notre ASBL dépend de la (des) commission(s) paritaire(s) N° : | | | | | | | | | | | |
| CP | 100 | 152 | 200 | 225 | 304 | 318.00 | 318.01 | 319 | 319.02 | 322 | 332.01 |
| Nombre de personnes physiques |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CP | 327 | 327.02 | 327.03 | 329 | 329.02 | 329.03 | 330 | 332 | 335 | 337 | Autre N° |
| Nombre de personnes physiques |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## DONNEES RELATIVES AU(X) CONTRAT(S) DE TRAVAIL PAR STATUT (EMPLOYE/OUVRIER)

J’occupe déjà du personnel : □ Je n’occupe pas (encore) du personnel : □

Je complète le tableau ci-dessous. Je passe au point 5.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EMPLOYES | TEMPS PLEIN | MI-TEMPS | AUTRE  REGIME |
| FONDS PROPRES |  |  |  |
| **TRAVAILLEURS SUBVENTIONNES PAR :** |  | | |
| Wallonie (hors APE) |  |  |  |
| FEDERATION WALLONIE-BRUXELLES |  |  |  |
| INAMI |  |  |  |
| PTP |  |  |  |
| CONVENTION PREMIER EMPLOI (ROSETTA) |  |  |  |
| ACS |  |  |  |
| IMPULSION ( 25 ans, 12 mois +, insertion) |  |  |  |
| ALE |  |  |  |
| APE |  |  |  |
| MARIBEL |  |  |  |
| SINE |  |  |  |
| TITRES-SERVICES |  |  |  |
| TRAVAILLEURS ASSOCIATIFS |  |  |  |
| ETUDIANTS |  |  |  |
| BENEVOLES |  |  |  |
| PERSONNEL MIS A DISPOSITION (précisez) : |  |  |  |
| PERSONNEL EN INCAPACITE DE TRAVAIL (longue durée) |  |  |  |
| AUTRE (A PRECISER) : |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUVRIERS | TEMPS PLEIN | MI-TEMPS | AUTRE  REGIME |
| FONDS PROPRES |  |  |  |
| **TRAVAILLEURS SUBVENTIONNES PAR :** |  | | |
| WALLONIE (HORS APE) |  |  |  |
| FEDERATION WALLONIE-BRUXELLES |  |  |  |
| INAMI |  |  |  |
| PTP |  |  |  |
| CONVENTION PREMIER EMPLOI (ROSETTA) |  |  |  |
| ACS |  |  |  |
| IMPULSION ( 25 ans, 12 mois +, insertion) |  |  |  |
| ALE |  |  |  |
| APE |  |  |  |
| MARIBEL |  |  |  |
| SINE |  |  |  |
| TITRES-SERVICES |  |  |  |
| TRAVAILLEUR ASSOCIATIFS |  |  |  |
| ETUDIANTS |  |  |  |
| BENEVOLES |  |  |  |
| PERSONNEL MIS A DISPOSITION (Précisez) : |  |  |  |
| PERSONNEL EN INCAPACITE DE TRAVAIL (longue durée) |  |  |  |
| AUTRE (A PRECISER) : |  |  |  |

## DONNEES RELATIVES AUX AGREMENTS ET A VOS SUBVENTIONS

**!!! Les aides à l’emploi (ex : APE, Impulsion, ...) ne sont pas des subventions liées aux agréments**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bénéficiez-vous d’Agrément(s) Spécifique(s)** : OUI / NON (biffez la mention inutile) | |
|  | |
| Merci de préciser le genre d’agrément :  A titre d’exemple : ONE, AWIP, CEC, Education Permanente, CISP, IDESS, ALE, Titres Services, ILI, SAFA … | |
|  | |
| Région Wallonne : |  |
| Communauté Française : |  |
| Région Bruxelloise : |  |
| Communauté Germanophone : |  |
| Fédéral : |  |
|  |  |
| **SUBVENTION(S) LIEE(S) A(AUX) L’AGREMENT(S)** : OUI / NON  SI OUI, POUVOIR(S) SUBSIDIANT(S) : | |

|  |
| --- |
| **SUBVENTION(S) FACULTATIVE(S)** : OUI / NON  SI OUI, POUVOIR(S) SUBSIDIANT(S) : |

|  |
| --- |
| **ETES-VOUS AFFILIE A UNE autre FEDERATION QUE LA CODEF :** OUI / NON  SI OUI, LAQUELLE (LESQUELLES) : |

## LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D’ADMINISTRATION

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | PRENOM | FONCTION | ADRESSE E-MAIL | TELEPHONE |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Date :

Signature de la personne représentant l’asbl :

**Une image contenant texte

Description générée automatiquement**

1. Veuillez renseigner le nom de votre personne de référence pour la CODEF. Cette personne recevra tous nos e-mails d’informations et sera susceptible d’être contactée par téléphone. [↑](#footnote-ref-2)