

FOND12 - Enseignement fondamental – Demande de mise en liquidation

Identification de l'établissement					
Niveau : FONDAMENTAL		<input type="checkbox"/> Organisé WBE (33)		<input type="checkbox"/> Subventionné par la FWB (11/22)	
Type : <input type="checkbox"/> Ordinaire (05) <input type="checkbox"/> Spécialisé (15)				<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Libre
N° ECOT (10 derniers chiffres) :			N° FASE :		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Nom du PO			Gestionnaire du dossier (joignable facilement par l'Administration)	Nom :	
Nom de l'établissement				Prénom :	
Adresse complète				Qualité :	
E-mails officiels	ec	@ adm.cfwb.be		Tél. direct :	
	po	@ adm.cfwb.be	E-mail :		

Identification du membre du personnel (MDP)									
Matricule enseignant					Titres de capacités			Statut	
					(une copie de chacun d'eux doit être en possession de la Direction de gestion)				
NOM : Prénom :					1) 2) 3)			<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> TPr <input type="checkbox"/> St <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> APE <input type="checkbox"/> PTP

Cumul	Transmission tardive du document par la faute du MDP										
<input type="checkbox"/> Pas de cumul interne <input type="checkbox"/> Cumul interne A2 (enseignement organisé ou subventionné par la FWB)				<input type="checkbox"/> En application de la Circulaire 6930 du 10/01/2019 : « <i>FICHES FISCALES : Déclarations du paiement des arriérés - Responsabilités et incidences fiscales</i> »							
Événement											
Date de l'événement (JJ/MM/AAAA) : <u> / / 20 </u>				<input type="checkbox"/> LU	<input type="checkbox"/> MA	<input type="checkbox"/> ME	<input type="checkbox"/> JE	<input type="checkbox"/> VE	<input type="checkbox"/> SA	<input type="checkbox"/> DI	
Type d'événement				Justification(s)							
Mouvement	<input type="checkbox"/> Entrée en fonction <input type="checkbox"/> Rentrée en fonction <input type="checkbox"/> Maintien d'attributions <input type="checkbox"/> Augmentation d'attributions <input type="checkbox"/> Prolongation d'attributions <input type="checkbox"/> Réduction d'attributions <input type="checkbox"/> Fin de fonctions (dernier jour presté)			<input type="checkbox"/> Nomination ou engagement à titre définitif <input type="checkbox"/> Extension nomination/engagement à titre définitif <input type="checkbox"/> Passerelle / Changement d'affectation / Mutation <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : <small>.....</small>			<input type="checkbox"/> Création d'emploi <input type="checkbox"/> Remplacement *Voir encadré à la page 2 <input type="checkbox"/> Changement d'affectation <input type="checkbox"/> Modification d'organisation interne <input type="checkbox"/> Congé / Absence / Disponibilité <input type="checkbox"/> Perte partielle de charge <input type="checkbox"/> DPPR		<input type="checkbox"/> Suppression d'emploi <input type="checkbox"/> Fin de remplacement <input type="checkbox"/> Démission <input type="checkbox"/> Mise à la retraite <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : <small>.....</small>		
	Absence	<input type="checkbox"/> Absence d'un jour <input type="checkbox"/> Début absence de plus d'1 jour <input type="checkbox"/> Reprise après absence de plus d'1 jour			Motif de l'absence (Précisez : intitulé CAD + Code DI) <small>.....</small>						
Date de début (JJ/MM/AAAA) : <u> / / 20 </u> Date de fin (JJ/MM/AAAA) : <u> / / 20 </u>											

Situation ancienne-nouvelle / Observations / Remarques complémentaires éventuelles :

N° ECOT (10 derniers chiffres) :	<input type="text"/>	N° FASE :	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------	-----------	----------------------

Attributions (établir un tableau par fonction)

Code RTF	Code RL10	Code FADI	Fonction	Ancien régime		Nouveau régime	
				Total des heures	Titre	PVC	
Heures			Origine des périodes (si régime spécifique)	PA	Sit. adm.	DI	N° OE*
... / ...							
... / ...							
... / ...							

Code RTF	Code RL10	Code FADI	Fonction	Ancien régime		Nouveau régime	
				Total des heures	Titre	PVC	
Heures			Origine des périodes (si régime spécifique)	PA	Sit. adm.	DI	N° OE*
... / ...							
... / ...							
... / ...							

Code RTF	Code RL10	Code FADI	Fonction	Ancien régime		Nouveau régime	
				Total des heures	Titre	PVC	
Heures			Origine des périodes (si régime spécifique)	PA	Sit. adm.	DI	N° OE*
... / ...							
... / ...							
... / ...							

Total

TOTAL : ...	CHARGE GLOBALE : ...
Global : ... /24	... /26

Origine de l'événement (OE)

*Si vous avez coché « remplacement » dans le cadre « justification(s) », indiquez les coordonnées du/des MDP remplacé(s) :							
1	N° Mat : _____ Nom, prénom : _____	_____ D	_____ T	Motif de remplacement : _____	Période (JJ/MM/AAAA) : du ____/____/20__ au ____/____/20__		
2	N° Mat : _____ Nom, prénom : _____	_____ D	_____ T	Motif de remplacement : _____	Période (JJ/MM/AAAA) : du ____/____/20__ au ____/____/20__		
3	N° Mat : _____ Nom, prénom : _____	_____ D	_____ T	Motif de remplacement : _____	Période (JJ/MM/AAAA) : du ____/____/20__ au ____/____/20__		
4	N° Mat : _____ Nom, prénom : _____	_____ D	_____ T	Motif de remplacement : _____	Période (JJ/MM/AAAA) : du ____/____/20__ au ____/____/20__		

Le PO ou son délégué demande l'octroi ou l'ajustement du traitement/de la subvention-traitement du MDP, sur la base du présent Doc12. Il s'engage à rembourser soit la totalité des rémunérations si la fonction du MDP ne respecte pas les conditions réglementaires, soit la différence entre le montant liquidé et la rémunération proméritée.

Si ce Doc12 concerne un MDP temporaire, il est valable jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours, au plus tard.

La transmission de ce document par GEDI-PRO ou une application locale ne requiert plus les signatures ni du membre du personnel, ni, grâce à l'authentification via l'application, du chef d'établissement et/ou du Pouvoir Organisateur.

SIGNATURES OPTIONNELLES	
Le membre du personnel (MDP)	Le Pouvoir Organisateur (ou son délégué)
NOM : Prénom : Date : ____/____/20__ Signature :	NOM : Prénom : Qualité : Date : ____/____/20__ Signature :