

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE Direction générale des personnels de l'enseignement organisé par la Communauté française SERVICE GÉNÉRAL DE LA GESTION DES PERSONNELS	ETABLISSEMENT n° ECOT <table border="1" style="margin: auto; text-align: center;"> <tr> <td>3</td><td>3</td><td></td><td>8</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> n° FASE <table border="1" style="margin: auto; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	3	3		8	0	1	1	2	4													NOM ET PRÉNOM (en lettres capitales) : Diplôme(s)
3	3		8	0	1	1	2	4															
MATRICULE-PERSONNEL S A M J <table border="1" style="margin: auto; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													SIT. ADM. <table border="1" style="margin: auto; text-align: center;"> <tr> <td></td> </tr> </table>		DOCUMENT N° : Année scolaire : 20 - 20 Autres fonctions OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>								
OBJET :																							
Entrée en fonction <input type="checkbox"/>	Fin de fonction <input type="checkbox"/>	Interruption de fonctions de plus de 1 jour : à partir du <input type="checkbox"/>																					
Modification des attributions : <input type="checkbox"/>		Reprise de fonction après interruption de plus de 1 jour : <input type="checkbox"/>																					
Absence de 1 jour : le <input type="checkbox"/>																							
Justification :																							
ATTRIBUTIONS DANS L'ETABLISSEMENT																							
CODE FONCTION	INTITULE DE LA FONCTION	SIT	SECTION NIVEAU	UF	ORIGINE/ Financement	NOMBRE PERIODES	DATES																
							DEBUT	FIN															
Total :																							
AUTRES ATTRIBUTIONS EN COURS																						
DANS L'ENSEIGNEMENT DE PROMOTION SOCIALE																						
(Etablissement de la Communauté - Communal - Provincial -Libre)																						
FONCTION	NATURE DES COURS	SIT	SECTION NIVEAU	UF	ORIGINE/ Financement	NOMBRE PERIODES	DATES																
							DEBUT	FIN															
DANS L'ENSEIGNEMENT DE PLEIN EXERCICE A																						
(Etablissement de la Communauté - Communal - Provincial -Libre)																						
FONCTION	HORAIRE EXERCE FRACTION NUM / DENOM	NIVEAU	BAR N°	ANC. AU	ORIGINE/ Financement	DATES																	
						DEBUT	FIN																
Document à faire signer impérativement par le membre du personnel Date : Nom, Prénom : Signature : <input type="checkbox"/> à cocher si le membre du personnel est temporairement éloigné. Le Chef d'établissement déclare sur l'honneur avoir adressé ce document pour signature au membre du personnel concerné et s'engage à le renvoyer signé.					LE CHEF D'ETABLISSEMENT Date : Nom, Prénom : Signature : Qualité :		Réservé à l'Administration <table border="1" style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">Entré le :</td> <td style="width:50%;">Exécuté le :</td> </tr> </table>		Entré le :	Exécuté le :													
Entré le :	Exécuté le :																						
Copie remise au membre du personnel en date du					PS CF12																		