

Pour chaque demande contactez l'Arbeitsamt der DG:

**Service Dispenses** – Hütte 79 – B-4700 EUPEN

Tél.: +32 (0)87 638 900 – E-Mail: [dispenses@adg.be](mailto:dispenses@adg.be)

ou visitez notre site: [www.adg.be](http://www.adg.be)

## **Demande de dispense pour suivre une formation en alternance visée à l'article 1bis de l'AR du 28.11.1969**

---

### **Pourquoi cette dispense?**

Vous bénéficiez d'allocations de chômage et vous souhaitez obtenir une dispense pour suivre une formation en alternance visée à l'article 1bis de l'AR du 28.11.1969.

Cette dispense est obligatoire pour conserver le bénéfice des allocations pendant votre formation.

Si la dispense vous est accordée, vous ne devez plus être disponible pour le marché de l'emploi, ni être inscrit comme demandeur d'emploi. Vous n'êtes plus obligé d'accepter un emploi convenable.

Le montant journalier de votre allocation de chômage sera alors diminué du montant journalier de l'indemnité prévue par le contrat d'apprentissage qui excède 7,77 EUR (pour le montant indexé, renseignez-vous auprès de votre organisme de paiement).

Bases légales art. 94 §6 et 130ter AR 25.11.1991

### **Avez-vous besoin d'informations complémentaires?**

Si vous souhaitez d'autres renseignements notamment sur les conditions et les conséquences de cette dispense:

- contactez votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB);
- lisez la feuille info «Vous souhaitez suivre une formation en alternance ? ».

En cas de doute quant à l'obtention de la dispense, vous pouvez suivre la procédure de ruling exposée dans la feuille «Pouvez-vous vous informer au préalable de la décision qui sera prise par l'Arbeitsamt der DG? ».

Ces feuilles info sont disponibles auprès de votre organisme de paiement ou sur [www.adg.be](http://www.adg.be).

### **Qui doit compléter ce formulaire?**

Vous devez compléter la Partie I.

Vous faites compléter la Partie II par le responsable de la formation en alternance.

Vous trouverez, dans la marge de gauche, des informations qui vous aideront à compléter ce formulaire.

N'oubliez pas de mentionner votre n° NISS (numéro de registre national) sur chaque page du formulaire.

### **Que devez-vous faire du formulaire complété?**

Vous remettez le formulaire complété à votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB) et vous attendez l'autorisation de Arbeitsamt der DG avant d'entamer la formation.

### **Et ensuite?**

L'organisme de paiement remet le formulaire à l'Arbeitsamt der DG.

L'Arbeitsamt der DG vous envoie un courrier avec sa décision.

Dans l'attente de la décision de l'Arbeitsamt der DG, vous devez continuer à respecter toutes vos obligations en tant que chômeur.



# Demande de dispense pour suivre une formation en alternance

Art. 94 §6 AR 25.11.1991

cachet dateur de  
l'organisme de  
paiement

## Partie I : à compléter par le chômeur

### Votre identité

Prénom et nom .....

Numéro et rue .....

Code postal et commune .....

Votre numéro NISS se trouve au  
verso de votre carte d'identité

Numéro registre national (NISS) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Les données « téléphone » et  
« e-mail » sont facultatives.

Téléphone .....

E-mail .....

### Votre demande

La formation en alternance doit  
répondre à la définition reprise à  
l'article 1bis de l'AR du 28.11.1969.  
(renseignez-vous auprès de votre  
organisme de paiement)

Je souhaite suivre la formation en alternance suivante :

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

Je sollicite :

- la dispense  
 la prolongation de la dispense

du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**Vous joignez une copie de votre  
contrat d'apprentissage.**

Dans le cadre de cette formation, j'ai signé un contrat d'apprentissage

Le montant de votre allocation est diminué  
du montant journalier de l'indemnité  
prévue par le contrat d'apprentissage qui  
excède le montant de référence  
(renseignez-vous auprès de votre  
organisme de paiement)

Je perçois une indemnité à charge de l'employeur :  oui  non

Je suis titulaire d'un diplôme du cycle secondaire supérieur  oui  non

### Signature

Je certifie que mes déclarations sont sincères et complètes.

Je mentionne mon numéro de registre national (NISS) en haut de la page 2.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

## Partie II : à compléter par le responsable de formation en alternance

### Responsable de formation en alternance

Nom .....  
Adresse .....  
.....

### Formation

La formation en alternance doit répondre à la définition d'une formation en alternance visée à l'article 1bis de l'AR du 28.11.1969.

M. / Mme. ....  
est inscrit(e) comme apprenti depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
—  
pour la formation en alternance suivante: .....  
.....  
qui prépare à la profession de : .....

Une copie du contrat d'apprentissage est jointe à ce formulaire

**1. Un contrat d'apprentissage a été signé et**

couvre une période  
du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**2. Ce contrat d'apprentissage**

couvre  1  2  3  4 année(s) 'scolaire(s)' de formation en alternance.  
L'inscription concerne l'année  1  2  3  4.

Le cycle de formation (1<sup>ère</sup> année) a débuté le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Date du début de la 1<sup>ère</sup> année du cycle de formation dans laquelle l'apprenti est inscrit.

**3. Partie théorique** de la formation en alternance:

La partie de la formation effectuée sous la responsabilité d'un établissement d'enseignement ou de formation comporte, sur base annuelle au moins 240 heures ?  oui  non

**4. Partie pratique** de la formation en alternance:

La partie effectuée en milieu professionnel comporte au moins en moyenne 20 heures par semaine ?  oui  non  
et se déroule à l'adresse suivante : .....  
.....

**5. L'apprenti perçoit à charge de l'employeur une indemnité fixée conformément à la réglementation applicable en matière de contrats d'apprentissage et dont le montant mensuel théorique s'élève à : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro**

**6. L'apprenti a réussi l'année précédente**

oui  non

### Signature

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Signature du responsable      Cachet

Personne de contact : .....

Téléphone : .....