****

**Dossier de demande d’agrément en tant qu’initiative locale d’intégration des personnes étrangères (I.L.I)**

**Avant de remplir ce dossier, nous vous invitons à vous référer aux textes suivants :**

* Livre II de la 2ème partie du Code wallon de l’Action sociale et de la Santé relatif à l’intégration des personnes étrangères
* Livre III de la 2ème partie du Code réglementaire wallon de l’action sociale et de la santé relatif à l’intégration des personnes étrangères

|  |  |
| --- | --- |
| spw_social.png | **Service public de Wallonieintérieur action sociale**Avenue Gouverneur Bovesse,100 5100 NamurTél. : +32 (0)81 32 72 11 Mail : integration.social@spw.wallonie.be[**www.wallonie.be**](http://www.wallonie.be/)**N° vert : 1718** – 1719 (pour les germanophones) |

#

# Signalétique

|  |
| --- |
| **INSTITUTION**  |
| * Dénomination :
* Numéro BCE (Banque Carrefour des Entreprises) :
* Adresse (siège social) :
* Téléphone :
* E-mail :
* Site web :
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| * Personne responsable de l’institution :

**Nom** :**Prénom :**Fonction :Tél direct :Mail :* Personne de contact :

**Nom** :**Prénom :**Fonction : Tél direct:Mail: |

# CONDITIONS

|  |
| --- |
| * L’institution développe au moins une des missions suivantes :
* la formation à la langue française  ❒
* la formation à la citoyenneté  ❒
* l’accompagnement social ❒
* l’accompagnement juridique spécialisé en droit des étrangers ❒
* la promotion de l’interculturalité ❒
* la lutte contre le racisme ❒
* Les missions faisant l’objet de la demande d’agrément sont exercées depuis au moins deux ans  ❒
* L’institution dispose au moins d’un équivalent temps plein pour l’ensemble de ses activités ❒
* L’institution dispose :

• de locaux adaptés à l’exercice de ses missions ❒• de locaux adaptés à l’accueil du personnel ❒ Ces locaux répondent aux conditions de salubrité et de sécurité ❒ * L’institution participe aux plateformes organisées par les centres pour les missions pour lesquelles elle souhaite être agréée ❒
* Si vous êtes une asbl, une fondation ou un établissement d’utilité publique, votre Conseil d’Administration est composé au maximum de 2/3 de personnes de même sexe ou vous bénéficiez d’une dérogation (à transmettre) ❒
 |
|  |

**Vous devez compléter un descriptif pour chaque mission faisant l’objet de la demande d’agrément**

|  |
| --- |
| **DESCRIPTIF – FORMATION A LA LANGUE FRANÇAISE** |

1. **Description de l’activité**

1.1 Veuillez préciser l’organisation actuelle de l’activité :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre de participants par groupe[[1]](#footnote-1)** | **Type[[2]](#footnote-2)** | **Nombre d’heures/semaine** | **Nombre total d’heures de formation** |
| Groupe 1 |  |  |  |  |
| Groupe 2 |  |  |  |  |
| Groupe 3 |  |  |  |  |
| Groupe 4 |  |  |  |  |
| Groupe 5 |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |

1.2 Localisation de l’activité

Précisez l’adresse (ou les adresses) où l’activité est réalisée :

1. **Public cible :**

 La mixité culturelle, philosophique et de genre est-elle garantie?

Précisez comment :

|  |
| --- |
|  |

1. **Méthodologie**

Utilisez-vous un test de positionnement ?

OUI - NON

Précisez

Utilisez-vous un test de validation des acquis[[3]](#footnote-3)?

OUI - NON

Précisez

1. **Encadrement** :

Complétez le tableau ci-dessous pour les formateurs à la langue française (en ce compris les bénévoles) :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom-prénom** | **Diplôme(s) /formation(s) utile(s)**  | **Expérience utile en lien avec l’activité** | **Régime horaire** **(heures/semaine)** | **Temps de travail affecté à l’activité (en %)** | **Engagé par l’institution depuis** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Mise en réseau**

Dans le cadre de la réalisation de cette mission, l’institution fait-elle partie d’un réseau (plate-forme, groupe de travail, PLI, …)?

 OUI - NON

Si oui, le(s)quel(s) :

|  |
| --- |
|  |

Précisez les partenariats mis en place dans le cadre de cette mission :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partenaire (coordonnées de l’institution)** | **Type de partenariat [[4]](#footnote-4)** | **Existence d’une convention (oui – non)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTIF – FORMATION A LA CITOYENNETE** |

1. **Description de l’activité**
	1. Veuillez préciser l’organisation actuelle de l’activité:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre de participants par groupe[[5]](#footnote-5)** | **Type (français ou langue d’origine)** | **Nombre total d’heures de formation** |
| Groupe 1 |  |   |  |
| Groupe 2 |  |  |  |
| Groupe 3 |  |  |  |
| Groupe 4 |  |  |  |
| Groupe 5 |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |

* 1. Localisation de l’activité

Précisez l’adresse (ou les adresses) où l’activité est réalisée :

1. **Public cible :**

La mixité culturelle, philosophique et de genre est-elle garantie?

Précisez comment:

|  |
| --- |
|  |

1. **Encadrement** :

Complétez le tableau ci-dessous pour les formateurs à la citoyenneté (en ce compris les bénévoles) :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom-prénom** | **Diplôme(s) et formation(s) utile(s) en lien avec l’activité** | **Expérience utile en lien avec l’activité** | **Régime horaire (heures/semaine)** | **Temps de travail affecté à l’activité (en %)** | **Engagé par l’institution depuis** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Mise en réseau**

Dans le cadre de la réalisation de cette mission, l’institution fait-elle partie d’un réseau (plate-forme, groupe de travail, PLI,…)?

 OUI - NON

Si oui, le(s)quel(s) :

|  |
| --- |
|  |

Précisez les partenariats mis en place dans le cadre de cette mission :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partenaire (coordonnées de l’institution)** | **Type de partenariat [[6]](#footnote-6)** | **Existence d’une convention (oui – non)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTIF – ACCOMPAGNEMENT SOCIAL** |

1. **Description de l’activité**
	1. Quel est le volume horaire de l’activité (nombre d’heures/semaine) :
	2. Nombre approximatif de dossiers traités annuellement :
	3. Localisation de l’activité

Précisez l’adresse (ou les adresses) où l’activité est réalisée :

1. **Public cible :**

La mixité culturelle, philosophique et de genre est-elle garantie?

Précisez comment :

|  |
| --- |
|  |

1. **Encadrement** :

Compléter le tableau ci-dessous pour les accompagnateurs sociaux (en ce compris les bénévoles):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom-prénom** | **Diplôme(s) et formation(s) utiles en lien avec l’activité** | **Expérience utile en lien avec l’activité** | **Régime horaire (heures/semaine)** | **Temps de travail affecté à l’activité (en %)** | **Engagé par l’institution depuis** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Mise en réseau**

Dans le cadre de la réalisation de cette mission, l’institution fait-elle partie d’un réseau  (plate-forme, groupe de travail, PLI, …)?

 OUI - NON

Si oui, le(s)quel(s) :

|  |
| --- |
|  |

Précisez les partenariats mis en place dans le cadre de cette mission :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partenaire (coordonnées de l’institution)** | **Type de partenariat [[7]](#footnote-7)** | **Existence d’une convention (oui – non)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTIF – ACCOMPAGNEMENT JURIDIQUE SPECIALISE EN DROIT DES ETRANGERS** |

1. **Description de l’activité**
	1. Quel est le volume horaire de l’activité (nombre d’heures/semaine) :
	2. Nombre approximatif de dossiers traités annuellement :
	3. Localisation de l’activité

Précisez l’adresse (ou les adresses) où l’activité est réalisée :

1. **Public cible :**

La mixité culturelle, philosophique et de genre est-elle garantie?

Précisez comment :

|  |
| --- |
|  |

1. **Encadrement** :

Compléter le tableau ci-dessous pour les accompagnateurs juridiques (en ce compris les bénévoles) :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom-prénom** | **Diplôme(s) et formation (s) utile(s) en lien avec l’activité** | **Expérience utile en lien avec l’activité** | **Régime horaire (heures/semaine)** | **Temps de travail affecté à l’activité (en %)** | **Engagé par l’asbl depuis** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Mise en réseau**

Dans le cadre de la réalisation de cette mission, l’institution fait-elle partie d’un réseau  (plate-forme, groupe de travail, PLI, PCS…)?

 OUI - NON

Si oui, le(s)quel(s) :

|  |
| --- |
|  |

Précisez les partenariats mis en place dans le cadre de cette mission :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partenaire (coordonnées de l’institution)** | **Type de partenariat [[8]](#footnote-8)** | **Existence d’une convention (oui – non)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTIF – PROMOTION DE L’INTERCULTURALITE** |

1. **Description de l’activité :**
	1. Précisez dans quelle(s) catégorie(s) d’actions votre projet s’inscrit[[9]](#footnote-9) :
* sensibilisation aux réalités migratoires ou aux enjeux de l’interculturalité ❒
* sensibilisation aux codes culturels de la société d’accueil ❒
* projets collectifs interculturels, visant à promouvoir la participation sociale, culturelle, politique et économique des personnes étrangères ❒
* duos vers l’inclusion ❒
	1. Exposé du projet (maximum 15 lignes)

|  |
| --- |
|  |

1.3 Localisation de l’activité

Précisez l’adresse (ou les adresses) où l’activité est réalisée :

|  |
| --- |
|  |

1. **Public cible :**

Quel est le public cible de votre projet :

|  |
| --- |
|  |

La mixité culturelle, philosophique et de genre est-elle garantie ?

Précisez comment :

1. **Encadrement** :

Complétez le tableau ci-dessous pour les personnes qui assurent la mission (en ce compris les bénévoles):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom-prénom** | **Diplôme(s) /formation(s) utile(s)**  | **Expérience utile en lien avec l’activité** | **Régime horaire (heures/semaine)** | **Temps de travail affecté à l’activité (en %)** | **Engagé par l’institution depuis** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Mise en réseau**

Dans le cadre de la réalisation de cette mission, l’institution fait-elle partie d’un réseau  (plate-forme, groupe de travail, PLI, …)?

 OUI - NON

Si oui, le(s)quel(s) :

|  |
| --- |
|  |

 Précisez les partenariats mis en place dans le cadre de cette mission :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partenaire (coordonnées de l’institution)** | **Type de partenariat [[10]](#footnote-10)** | **Existence d’une convention (oui – non)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Méthodologie**

Lister les différentes étapes de la construction du projet et les différentes actions :

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTIF – LUTTE CONTRE LE RACISME** |

1. **Description de l’activité :**
	1. Précisez dans quelle(s) catégorie(s) d’actions votre projet s’inscrit :
* information et accompagnement des victimes de racisme et de discrimination liées aux critères raciaux ❒
* information et sensibilisation visant à favoriser la connaissance de la législation antiraciste, la compréhension des mécanismes du racisme et/ou les pratiques de lutte contre le racisme ❒
* formations visant à comprendre ou à lutter contre le racisme ❒
* production d’outils pédagogiques relatifs à la thématique du racisme ❒
* actions collectives, participatives et citoyennes de lutte contre le racisme et les discriminations ❒
	1. Exposé du projet (maximum 15 lignes)

|  |
| --- |
|  |

1.3 Localisation de l’activité

Précisez l’adresse (ou les adresses) où l’activité est réalisée :

|  |
| --- |
|  |

1. **Public cible :**

 Quel est le public cible de votre projet ?

|  |
| --- |
|  |

La mixité culturelle, philosophique et de genre est-elle garantie ?

Précisez comment :

1. **Encadrement** :

Complétez le tableau ci-dessous pour les personnes qui assurent la mission (en ce compris les bénévoles):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom-prénom** | **Diplôme(s) /formation(s) utile(s)**  | **Expérience utile en lien avec l’activité** | **Régime horaire (heures/semaine)** | **Temps de travail affecté à l’activité (en %)** | **Engagé par l’asbl depuis** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Mise en réseau**

Dans le cadre de la réalisation de cette mission, l’institution fait-elle partie d’un réseau  (plate-forme, groupe de travail, PLI, …)?

 OUI - NON

Précisez

|  |
| --- |
|  |

Précisez les partenariats mis en place dans le cadre de cette mission :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partenaire (coordonnées de l’institution)** | **Type de partenariat [[11]](#footnote-11)** | **Existence d’une convention (oui – non)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Méthodologie**

Lister les différentes étapes de la construction du projet et les différentes actions :

|  |
| --- |
|  |

**Récapitulatif des documents à joindre à cette demande**

❒ le règlement de travail ;

❒ le budget prévisionnel (annexe I) ;

❒ les comptes et bilan de l’année précédant la demande d’agrément;

❒ la délibération du pouvoir organisateur décidant d’introduire la demande d’agrément ;

❒ les copies des diplômes, des travailleurs affecté(s) à la réalisation des missions introduites dans cette demande d’agrément ;

❒ les copies des documents ONSS attestant du régime horaire des travailleur(s) affecté(s) à la réalisation des missions introduites dans cette demande d’agrément ;

❒ l’attestation de participation aux plateformes des centres régionaux d’intégration pour les missions pour lesquelles la demande d’agrément est introduite*;*

❒ un organigramme du personnel de l’institution ;

❒ le rapport du service incendie sur la conformité des locaux aux normes de sécurité en vigueur ou le cas échéant l’attestation du bourgmestre (annexe II) si le rapport du service incendie émet des réserves pour tous les locaux dans lesquels les activités faisant l’objet de la demande d’agrément sont données;

❒ une copie des conventions de partenariat liées aux activités développées ;

❒ un plan des locaux.

Pour l’institution …………………………………………………………………… (*dénomination*),

Date :

Je certifie sur l’honneur que les données introduites dans cette demande sont exactes.

Je m’engage au respect de la règlementation relative à la protection des données des personnes physiques

(*Nom, Titre et signature du ou des responsable(s))*

**Dossier à renvoyer :**

* **Soit via mon Espace (à privilégier)**
* **Soit par recommandé au SPW Intérieur et Action sociale
Département de l'Action Sociale**

**Direction de l’Intégration des personnes d’origine étrangère et Egalité des Chances**

Avenue Gouverneur Bovesse, 100
B-5100 NAMUR

ANNEXE 2

**Modèle d'attestation incendie des CRI, de l’Observatoire wallon de l’intégration des personnes étrangère, des ILI, des services d’accompagnement à l’autonomie des MENA et des organismes d’interprétariat en milieu social[[12]](#footnote-12)**

Vu le rapport établi par ................................................................, Chef du service d’incendie, le .............................................., concernant le service dénommé ....................................................................................................................................................

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

situé ....................................................................................................................................................

et géré par...........................................................................................................................................

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

Je soussigné,.....................................................................................................................................

Bourgmestre de ...............................................................................................................................

**Première possibilité\***

marque mon accord sur les conclusions du rapport du service d’incendie.

**Seconde possibilité\***

ne marque pas mon accord sur les conclusions du rapport du service d’incendie, pour les raisons suivantes : ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

En conséquence,

**Première possibilité\*\***

la mise en activité - la poursuite des activités du service susvisé est autorisée pour une période de quatre ans \*\* - de ......................... (à préciser si la période est inférieure à quatre ans).

**Deuxième possibilité\*\***

la mise en activité - la poursuite des activités du service susvisé est autorisée pour une période de .............................. et jusqu’à la date du ...................................................................................

Durant cette période, il devra être satisfait, en matière de sécurité et de protection contre l’incendie, aux points ci-après :

-

-

-

-

Une vérification devra être effectuée par le Chef de service d’incendie.

**Troisième possibilité\***

la mise en activité - la poursuite des activités - n’est pas autorisée\*.

Le Bourgmestre,

(date et signature)

(\*) Biffer les mentions qui ne sont pas d’application.

(\*\*) Biffer les mentions qui ne sont pas d’application et compléter. »

1. Minimum 8, maximum 15. [↑](#footnote-ref-1)
2. Français langue étrangère/alphabétisation/alpha non francophone- Fle/table de conversation [↑](#footnote-ref-2)
3. Test de vérification des compétences en français à la fin de la formation ou du niveau [↑](#footnote-ref-3)
4. Précisez s’il s’agit d’un partenariat de type :

- logistique,

- méthodologique,

- d’un apport en encadrement,

- d’un apport en public. [↑](#footnote-ref-4)
5. Minimum 8, maximum 15. [↑](#footnote-ref-5)
6. Précisez s’il s’agit d’un partenariat de type :

- logistique,

- méthodologique,

- d’un apport en encadrement,

- d’un apport en public. [↑](#footnote-ref-6)
7. Précisez s’il s’agit d’un partenariat de type :

- logistique,

- méthodologique,

- d’un apport en encadrement,

- d’un apport en public. [↑](#footnote-ref-7)
8. Précisez s’il s’agit d’un partenariat de type :

- logistique,

- méthodologique,

- d’un apport en encadrement,

- d’un apport en public. [↑](#footnote-ref-8)
9. Article 248/6 du Code règlementaire wallon de l’action sociale et de la santé [↑](#footnote-ref-9)
10. Précisez s’il s’agit d’un partenariat de type :

- logistique,

- méthodologique,

- d’un apport en encadrement,

- d’un apport en public. [↑](#footnote-ref-10)
11. Précisez s’il s’agit d’un partenariat de type :

- logistique,

- méthodologique,

- d’un apport en encadrement,

- d’un apport en public. [↑](#footnote-ref-11)
12. Annexe 18 au Code réglementaire wallon de l’action sociale et de la santé. [↑](#footnote-ref-12)