

DEMANDE D'INSCRIPTION

FORMATION SPARK

Merci de renvoyer ce formulaire complété par courriel à l'adresse spark@erap-gsob.brussels **avant le vendredi 16 janvier 2026.**

I. L'ADMINISTRATION

Type d'administration :

Commune / zone :

Si « autre », NOM :

CONTACT AU SERVICE DE FORMATION

NOM :

Prénom :

Adresse email :

N° de téléphone :

J'ai lu et j'accepte les CGV et les conditions particulières de SPARK.

CONTACT POUR LA FACTURATION

NOM :

Prénom :

Adresse email :

N° d'engagement :

II. LE OU LA PARTICIPANT·E

NOM :	Prénom :
Genre :	Rôle linguistique :
Adresse email :	
N° de téléphone :	Grade actuel :
Service / département :	
Fonction :	
Année d'entrée en fonction au grade A5+ dans un pouvoir local bruxellois :	
Remarques (facultatif) :	

III. DEMANDE POUR 2026-2027

Session de préférence :	Deuxième choix :
Cet agent est prioritaire.	Consulter le calendrier des sessions