

# DEMANDE D'INSCRIPTION

## FORMATION SPARK

Merci de renvoyer ce formulaire complété à l'adresse [spark@erap-gsob.brussels](mailto: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 :

Encadre une équipe :

Taille de l'équipe :

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.