

## DEMANDE D'OCTROI DES AIDES ET PRIMES DE PROMOTION DE L'APPRENTISSAGE

**Année scolaire : 2018 / 2019**

Le présent formulaire relatif à la demande des aides de promotion à l'apprentissage n'est à utiliser que par les employeurs formateurs ayant occupé un(e) apprenti(e) ou plusieurs apprenti(e)s sur base d'un contrat d'apprentissage durant l'année d'apprentissage 2018 / 2019.

**Les formulaires sont à renvoyer par courrier postal à l'adresse indiquée en bas de page en respectant la date de forclusion du 1<sup>er</sup> juillet 2020, passé ce délai, l'employeur-demandeur perd le bénéfice des aides lui revenant.**

L'employeur	Nom de l'entreprise :				
	Adresse :				
	Téléphone :				
	Numéro sécurité sociale :				
	Numéro du compte IBAN :	<b>LU</b>			
	Classe de Mutualité :	Classe :	Taux :	%	<b>(2018)</b>
		Classe :	Taux :	%	<b>(2019)</b>
	Assurance Accident :	Facteur :	Taux :	%	<b>(2018)</b>
		Facteur :	Taux :	%	<b>(2019)</b>

demande par la présente l'octroi des aides de promotion de l'apprentissage ainsi que le remboursement de la part patronale des charges sociales.

Il certifie que pendant la période de référence du 1<sup>er</sup> septembre 2018 – 31 août 2019,

les parties employeur : \_\_\_\_\_

apprenti(e) : \_\_\_\_\_

étaient liées par le contrat d'apprentissage N° : \_\_\_\_\_

dans la profession de : \_\_\_\_\_

Absence maladie / accident  Oui  Non

Nombre d'heures maladie / accident : \_\_\_\_\_ hrs au cours du mois \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ hrs au cours du mois \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ hrs au cours du mois \_\_\_\_\_ (...)

les indemnités d'apprentissage indiquées sur les fiches de salaire ci-jointes et la part patronale des charges de sécurité sociale pour la période en cause ont été versées.

➔ Joindre au formulaire une **copie des fiches de salaire pour la période demandée**

Certifié sincère et exact, le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_.

Signature de l'employeur

Le présent formulaire est à renvoyer à :

**ADEM Orientation professionnelle**  
**B.P. 19 L-2010 Luxembourg**