



Centre D'Instruction De Base et D'Ecolage (CIBE)



BROCHURE D'ACCUEIL
Candidat Réserviste

Mot d'accueil au candidat réserviste

Nous vous souhaitons la bienvenue au sein de la Défense. Nous vous félicitons déjà pour votre engagement.

Vous entamerez d'ici peu la première tranche de votre vie militaire.

Vous trouverez dans cette brochure toutes les informations utiles concernant votre séjour au CIBE (Centre Instruction de Base et d'Ecolage). Si, après la lecture de cette brochure vous avez encore des questions n'hésitez pas à nous contacter avant la date d'incorporation ou de les poser à l'adresse suivante : CIBESUD-CIE-INSTR-GESTION-RESERVISTES@mil.be qui se fera un plaisir d'y répondre.

A la fin de cette brochure, vous trouverez quelques documents que vous devrez remettre lors de votre incorporation. Lisez attentivement la brochure, remplissez clairement les documents et n'oubliez pas de les apporter avec vous.



VOTRE INCORPORATION

JOUR D'INCORPORATION

Le jour d'incorporation vous êtes attendu à l'heure mentionnée sur votre lettre de convocation au Corps de Garde du Centre de Formation du Centre d'Instruction de Base et d'Ecolage Sud (CIBE Sud) à Marche-en-Famenne. Vous y serez accueilli et dirigé vers le local prévu.

Vous trouverez de plus amples informations sur la façon d'atteindre l'unité dans cette brochure.

Vous êtes invité à vous présenter avec une coupe de cheveux courte et soignée (les oreilles et le cou doivent être dégagés). Pour les candidats qui portent la barbe, celle-ci doit être taillée et entretenue correctement.

Les femmes devront attacher leurs cheveux de manière à ce que la nuque soit parfaitement dégagée.


PROGRAMME du jour d'incorporation

La journée d'incorporation est consacrée essentiellement à l'accueil des candidats, la prise des présences, le contrôle administratif et médical, l'information relative au statut du candidat et à la signature de l'acte d'engagement qui officialisera votre entrée à la Défense.

Vous trouverez le programme détaillé de cette première journée en page 18.

**Veillez noter qu'il n'est plus possible
actuellement de recevoir les parents, les proches ou les amis, à l'intérieur de la caserne,
lors de cette journée.**

Contacter le Centre d'Instruction de Base et d'Écolage

	<p style="text-align: center;"><u>Adresse :</u> « Centre d'Instruction de Base et d'Ecolage » (CIBE) « Quartier Roi Albert » « Chaussée de Liège,65 » « 6900 Marche En Famenne » BELGIUM</p>
---	---

	<p style="text-align: center;"><u>Email :</u> <u>CIBESUD-CIE-INSTR-GESTION-RESERVISTES@mil.be</u></p>
--	---

Comment rejoindre le Centre d'Instruction à Marche-En-Famenne?



Par la route

Si vous venez de BRUXELLES :

Prenez l'autoroute E411 Bruxelles- Luxembourg :
Prendre la E411 en direction de Namur
Sortie 18 (Courrière), prendre N4 en direction de Marche-en-Famenne
Prendre la sortie «WEX» (N839) en direction de Liège
Prendre le rond-point de la N63 et entrer vers le Camp Roi Albert.

Si vous venez de LIEGE :

Prenez la N63 Liège - Marche-en-Famenne :
Au rond-point à l'entrée de Marche-en-Famenne, entrer vers le Camp Roi Albert.

Si vous venez de ARLON :

Prenez la N4 vers Namur
Traversez Marche-en-Famenne par la ville vers Liège ou contournez Marche via le «WEX» et la N839
Au rond-point à la sortie de Marche, entrer vers le Camp Roi Albert.

Si vous venez de HOTTON :

Prenez la N86 en direction de Marche-en-Famenne et au premier rond-point, prenez la première sortie Camp Roi Albert

Si vous venez de la direction de ROCHEFORT :

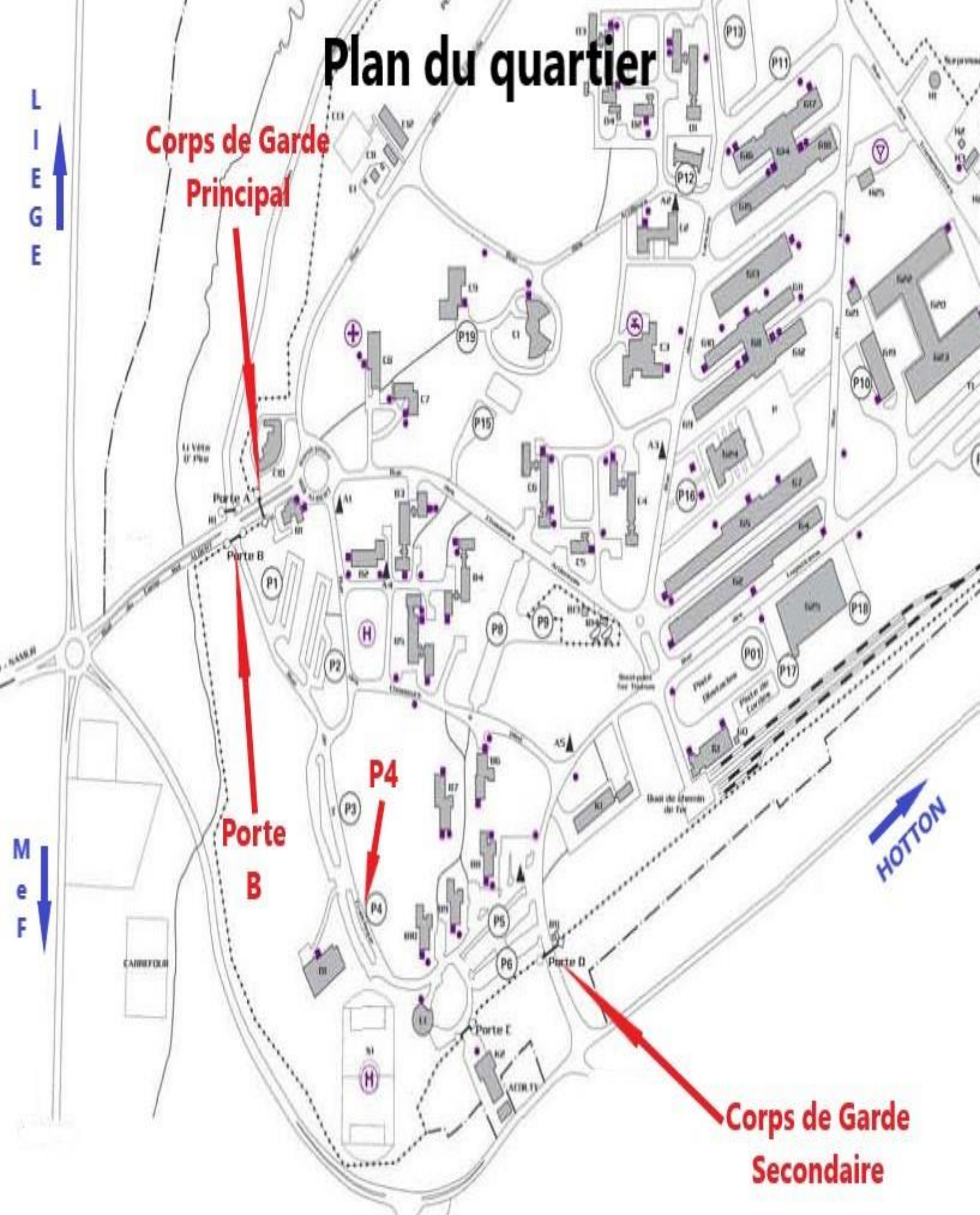
Traversez Marche-en-Famenne en direction de Liège
Au rond-point à la sortie de Marche, prenez la deuxième sortie Camp Roi Albert



Par le train

Pour votre déplacement en train nous vous conseillons de vous renseigner sur le site de la SNCB (<http://www.belgianrail.be>)

Plan du quartier



ADMINISTRATION

RENSEIGNEMENTS

Téléphone → à partir de l'incorporation

L'usage du téléphone de service n'est pas autorisé pour des communications privées.

L'utilisation de GSM est libre en dehors des périodes d'instruction.

En cas d'urgence : 02/4422584 (service de permanence du CIBE)

Horaire d'une journée

0600 Hr	:	Réveil
0625Hr	:	Rassemblement
0630 Hr	:	1 ^{er} repas
0745Hr – 0930 Hr	:	Instruction
0930Hr – 0940 Hr	:	Break
0940Hr – 1125 Hr	:	Instruction
1130Hr – 1230 Hr	:	2 ^{eme} repas
1230Hr – 1520 Hr	:	Instruction
1520Hr – 1530 Hr	:	Break
1530Hr – 1715 Hr	:	Instruction
1715Hr – 1830 Hr	:	3 ^{eme} repas
1830Hr – 2020 Hr	:	Instruction
2020Hr – 2200 Hr	:	Soirée libre si pas d'activité au programme (sortie hors du quartier interdite)
2200Hr	:	Contrôle des présences en chambre
2230Hr	:	Extinction des lumières

Repas

	Horaire	Prix
1er repas	0615 Hr à 0715 Hr	2,5 euros
2 ^{ème} repas	1130 Hr à 1230 Hr	5 euros
3 ^{ème} repas	1715 Hr à 1830 Hr	4 euros

Buts de votre formation

Vous serez formé et évalué sur le plan physique, technique et caractériel.

Week-end

Pendant votre phase de formation, vous serez libre tous vos week-end.

Le départ du Quartier a lieu le vendredi à 1600Hr à condition que toutes les tâches nécessaires aient été correctement effectuées. Le retour le dimanche À L'UNITÉ doit s'effectuer entre 1830Hr et 2130Hr (appel en chambre à 2200Hr).

Conseils

- **Faites-vous couper les cheveux (nuque et tours d'oreille bien dégagés) et en l'occurrence une barbe taillée et entretenue.**
- **En cas de problème (maladie, impossibilité de rejoindre votre unité), n'hésitez pas à prendre contact avec le Centre d'Instruction via le numéro de téléphone suivant de 0730Hr à 17 Hr : 02/44 22584.**

Logement

- **Le logement est collectif .**
- **Les candidates féminines disposeront d'un logement et de sanitaires séparés.**

Durant toute la période de formation commune, vous logerez obligatoirement au Quartier en semaine, au sein même de votre Centre d'Instruction

LES LOISIRS

Bar (« cervoise »)

En fonction du programme, le bar et les lieux de détente sont accessibles pour les candidats. Différentes possibilités d'activités récréatives y sont disponibles

Pas de boissons alcoolisées pendant les heures de service !

Sport

Durant l'instruction, le programme sera essentiellement axé sur la course à pied et les exercices de renforcements musculaires (abdos, pompes, etc.). L'objectif est de préparer les élèves aux Physical Evaluation Fitness (PhEF).

Parking

Votre véhicule devra être stationné sur le parking élèves (voir plan).

Permissions, sorties et congés

Durant toute la période d'instruction, les élèves sont « living-in ». Ce qui signifie que les sorties à l'extérieur du camp, après les heures de cours, ne sont pas autorisées durant la semaine et ce, y compris durant les soirées libres. Cependant, un congé de circonstance peut être accordé lors de circonstances exceptionnelles (naissance, décès, hospitalisation d'un proche, etc.) moyennant l'appréciation et l'accord du Commandant du Centre d'Instruction.

Documents

Rappel des documents nécessaires lors de l'incorporation.

La liste des documents nécessaire à l'incorporation figure dans la brochure que vous avez reçue au SAO. A toutes fins utiles nous vous en rappelons l'essentiel.

Veuillez noter que les documents suivants sont absolument indispensables lors de l'incorporation. A défaut, vous ne pourrez signer votre acte d'engagement.

Si vous n'avez pas remis ces documents au SAO au préalable, vous devez être en leur possession le jour de l'incorporation.

• Documents de convocation et diplômes	
• Carte d'identité (sur soi)	
• Extrait d'acte de naissance	
• Certificat de bonne vie et mœurs récent (< de 6 mois)	
• Si vous êtes marié(e) et / ou si vous avez un ou des enfants :	
- une copie légalisée de votre acte de mariage	
- une composition de ménage	
- un extrait de l'(des) acte(s) de naissance de votre (vos) enfant(s)	
- votre carte d'attributaire d'allocations familiales ou le nom de votre caisse d'allocation familiale et votre numéro d'affiliation.	
• certificat de vaccination encore valable	
• numéro de compte bancaire ou postal à votre nom	
• déclaration médicale sur l'honneur dûment complétée + Attestation Medicale Si allergies alimentaires	

En cas de problème (maladie, impossibilité de rejoindre votre unité),
prenez contact avec nous au 02/4422584 (Service de permanence)
ou informez-nous par mail CIBESUD-CIE-INSTR-GESTION-RESERVISTES@mil.be

Il est indispensable que vous ayez avec vous les articles suivants

- Des vêtements de saison (sur vous).
- Du linge de corps de rechange pour UNE semaine.
- Une tenue et des chaussures de sport.
- Set d'entretien chaussures (brosses à chaussures, brosse dure, ...)
- Des cintres.
- Un cahier de note et de quoi écrire + une farde à anneaux
- Un sac à linge.
- Une brosse en chiendent.
- Minimum 100 € pour le paiement des repas de la première quinzaine.
- Des mouchoirs.
- Trousse de toilette (savon, rasoir, brosse à dents, dentifrice, ...).
- Des essuie-mains et gants de toilette de couleur foncée.
- Trois cadenas avec clés de réserve (3).
- Pince, élastique ou filet à chignon (uniquement pour le personnel féminin).
- *Équipement militaire si vous en avez déjà reçu*

ANNEXES

DECLARATION CONCERNANT LA SITUATION MEDICALE

Je soussigné(e)

NOM (en caractères d'imprimerie) :

Prénom(s) (en entier) :

N° national :

Date de naissance (jour, mois, année) :

Lieu de naissance (commune, pays) :

certifie sur l'honneur que, depuis que j'ai été déclaré(e) médicalement apte à l'examen médical relatif à l'aptitude médicale,

j'ai été victime d'un accident avec lésion corporelle : oui non ¹

j'ai été malade : oui non ¹

Dans le cas d'une réponse "oui", l'annexe de la présente déclaration doit être complétée et le cas échéant, une attestation médicale ou une déclaration du médecin traitant (avec les résultats des examens complémentaires éventuels) doit y être ajoutée.

Je sais que mon engagement peut être résilié d'office et sans préavis s'il a été accepté sur la base d'une fausse déclaration de ma part.

Signature

Date :

¹ Biffer la mention inutile

ANNEXE A LA DECLARATION CONCERNANT LA SITUATION MEDICALE

Je soussigné(e)

NOM (en caractères d'imprimerie) :

Prénom(s) (en entier) :

N° national :

Date de naissance (jour, mois, année) :

Lieu de naissance (commune, pays) :

certifie que, depuis que j'ai été déclaré médicalement apte à l'examen médical relatif à l'aptitude médicale, j'ai été victime d'un accident / maladie².date / période :

description :

lésions / douleurs :

traitement :

Je crois qu'en ce moment

je suis guéri(e) complètement ²

j'ai encore les lésions / douleurs suivantes:

J'ajoute attestation(s) médicale(s).

Signature

Date:

² Biffer la mention inutile

FICHE DE RENSEIGNEMENTS à renvoyer par mail au plus tard dans les 10 jours ouvrables qui précèdent la date d'incorporation

TSS-MEF-HR4U@mil.be - Format PDF ou JPEG
Informations: 02/44 23099– Bureau HR4U

Toutes les rubriques DOIVENT être complétées en MAJUSCULES

NOM:.....

Prénoms:.....

N° National: . . . - .

Date de naissance: / /

Lieu de naissance: Pays de naissance:

N° carte d'identité: - -

Sexe: M / F *

Nationalité:

Etat civil:

(si vous êtes séparé ou divorcé, veuillez prendre avec vous l'extrait d'acte de mariage et l'extrait d'acte de divorce ou de séparation et compléter la page 2)

Adresse: Rue.....

N°: Boîte:

Code postal:

Commune:

Adresse Mail:@.....

N° Tel fixe: / . .

N° GSM: 0 4 / . .

N° compte: BE **A VOTRE NOM!**
BIC

Mutuelle: Vous êtes: TITULAIRE / A charge de vos parents *

Hospitalisation: Êtes-vous couvert par une assurance hospitalière? OUI – NON *

Si Oui: Depuis quand:

Nom de la compagnie d'assurance:.....

Numéro de police:

Véhicule: Marque

Modèle

Couleur

N° plaque

(Données concernant la famille au verso) * **(biffer la mention inutile**

Données sur la famille:

1. Conjoint et/ou cohabitant(e): (Nous transmettre une composition de ménage!)

NOM:

Prénoms:

N° National: . . - .

Date de naissance: / /

Lieu de naissance:

Date de mariage ou de cohabitation: Date de séparation ou divorce:

.....

S'agit-il d'une cohabitation légale? oui – non *

Profession:

Nom et adresse de l'employeur:

Votre conjoint a-t-il des revenus? OUI – NON *

2. Enfants

1. NOM:

Prénoms:

N° National: . . - .

Date de naissance: / /

Lieu de naissance:

2. NOM:

Prénoms:

N° National: . . - .

Date de naissance: / /

Lieu de naissance:

3. NOM:

Prénoms:

N° National: . . - .

Date de naissance: / /

Lieu de naissance:

* (biffer la mention inutile)

Mesures préventives COVID-19

La vie militaire impose que la plupart des activités se déroulent en groupes. Cependant, la situation sanitaire qui découle de la pandémie liée au COVID-19 nous impose d'être particulièrement prudents pour nous protéger, protéger nos collègues mais aussi éviter de contribuer à la propagation du virus. Dès lors, la Défense a adapté ses procédures aux décisions du Conseil National de Sécurité et aux recommandations de Sciensano et vous demande une attention particulière pour suivre les directives ci-dessous. Il y va de notre santé à tous.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire screening COVID-19. Remplissez-le sans attendre dès que vous l'avez reçu et le plus honnêtement possible. Il vous permettra de faire un contrôle de votre état de santé et déterminera pour chacun la suite des événements. Ainsi,

- **Pour la première partie,**
 - o si vous avez répondu OUI à une des six questions, vous devrez prendre contact avec votre médecin traitant et nous prévenir. Votre incorporation sera subordonnée à une attestation de votre médecin traitant qui déclare que vous êtes guéri, que vous n'êtes plus contagieux ou que vous pouvez sortir de quarantaine. Recontactez-nous¹ dès que vous avez cette attestation (idéalement) ou sans délai si le médecin traitant ne souhaite pas établir les faits par écrit.
- **Pour la deuxième partie,**
 - o Si vous avez répondu NON pour les différents symptômes, vous êtes sans doute en bonne santé. Il faudra essayer de le rester jusqu'au jour où vous vous présentez pour l'incorporation. La meilleure solution est d'éviter les contacts tant à haut risque (contact de plus de 15 minutes et à moins d'1,5 mètre avec une personne infectée) que les contacts à faible risque. Restez tant que possible au sein de votre bulle et présentez-vous à l'heure et à l'endroit repris sur votre convocation.
 - o Si vous avez répondu OUI à au moins une question avec un astérisque (*), vous êtes potentiellement infecté. Isolez-vous, prenez contact avec votre médecin traitant, suivez ses directives et prévenez la Défense³. Ceci permettra d'organiser votre arrivée après la guérison. Vous ne vous présentez pas le jour de l'incorporation si le médecin traitant ne l'a pas autorisé par écrit.
 - o Si vous avez répondu OUI à au moins deux questions avec deux astérisques (**), vous présentez un risque et devez prendre contact avec votre médecin traitant. Ici aussi, lorsque vous aurez reçu ses directives, prévenez la Défense¹ et la situation sera évaluée avec vous en fonction de ce que le médecin traitant a prescrit.

Si votre état de santé se modifie entre le moment où vous avez rempli le formulaire (immédiatement dès réception) et le jour de l'incorporation, remplissez à nouveau le questionnaire et procédez à une nouvelle évaluation en appliquant les règles ci-dessus.

Le jour de l'incorporation, vous devrez essayer la tenue et l'équipement militaire. Afin que ceci se passe dans les conditions les plus sûres, l'essayage se fera au-dessus d'une tenue de sport personnelle, fine et proche du corps (short court et T-shirt) que vous apporterez dans un petit sac (à dos) à portée de main.

La santé et la lutte contre la pandémie sont l'affaire de tous et ne peuvent avoir des résultats positifs que si chacun fait preuve de discipline. La discipline, c'est aussi une des valeurs du militaire. Agissez donc dès maintenant en personne responsable, c'est comme cela que nous pourrions très vite être collègues.

³ Ceci doit être fait le plus rapidement possible et au plus tard le jour de l'incorporation avant 10h00. Le numéro est celui du call center de la Défense : 0800/33348

Questionnaire incorporations COVID-19

NOM et PRENOM:

Date de naissance :

Description :

La Défense souhaite que les incorporations se déroulent aussi "covid-safe" que possible. Pour cette raison, il est utile que l'on vous pose quelques questions. Ces données seront seulement analysées par du personnel médical.

Avez-vous déjà contracté la COVID-19 ?

NON

OUI quand ?.....

Vaccination :

Etes-vous déjà vacciné vis-à-vis de la COVID19 ?

NON

OUI

Quel vaccin avez-vous reçu et à quelle date ?

Pfizer (Comirnaty)

Date premier vaccin.....

Date deuxième vaccin.....

Astra-Zeneca (Vaxzevria)

Date premier vaccin

Date deuxième vaccin.....

Moderna (Spikevax)

Date premier vaccin

Date deuxième vaccin.....

Johnson&Johnson (Covid19 vaccin de Janssens)

Date premier vaccin.....

Voyages :

Etes-vous partis les 15 derniers jours avant l'incorporation en voyage à l'étranger ?

OUI

NON

Dans quel pays êtes-vous allé ?.....

Avez-vous remplis le PLF (passengers locator form) et suivis les directives ?

OUI

NON

Quand avez-vous subi un tests PCR à votre retour ?

- JAMAIS
- moins de 72 Hr avant votre départ ou lors de votre arrivée
- à l'arrivée
- à l'arrivée ainsi qu'au jour 7

Quel était le résultat de votre test?

- dernier test positif
 - arrivée
 - jour 7
- dernier test positif
 - arrivée
 - jour 7

Etiez-vous en quarantaine après votre voyage ?

- NON
- OUI
 - jusqu'au résultat de la PCR au jours 7
 - 10 jours

Contact à haut risque

Avez-vous été ces 15 derniers jours un contact à haut risque d'un patient positif à la COVID-19 ?

- NON
- OUI

Maladie

Avez-vous présenté ces 15 derniers jours des symptômes de la COVID-19 ? (Cfr. questionnaire ci-dessous)

- NON
- OUI

Testing

Avez-vous réalisé les 15 derniers jours un test PCR, un test rapide voire un autotest ?

- NON
- OUI

Symptômes COVID19 :

- Au moins 1 des symptômes principaux suivants qui sont survenus brutalement, sans autre cause évidente : toux; dyspnée; douleur thoracique; perte brutale de l'odorat ou perte de goût;
- OU au moins deux¹ des symptômes suivants, sans autre cause évidente : température; douleurs musculaires; fatigue; rhinite; mal de gorge; mal de tête; anorexie; diarrhées aqueuses²; confusion aiguë²; chute brutale
- OU une aggravation de symptômes respiratoires chroniques (BPCO, asthme, toux chronique, ...), sans autre cause évidente.

Directives voyages au 26/7/21

Code couleurs du pays d'origine ¹	Rétablissement ou certificat de vaccination ²	Résidents en Belgique ³	Résidents ³ de pays de l'EU et de l'espace Schengen	Autres nationalités ³
EU/ Espace Schengen / pays faisant exception⁴: Vert/orange	Oui/Non	Pas de testing ni de quarantaine		
	Oui	Pas de testing ni de quarantaine		
EU/ Espace Schengen / pays faisant exception⁴: Rouge	Non	Test PCR max 72h avant l'arrivée (pas de voyage si positif) OU tests PCR à l'arrivée (Q jusqu'au résultat)	Test PCR max 72h avant l'arrivée (pas de voyage si positif) Pas de testing ni de quarantaine à l'arrivée	
	Oui	Test PCR à l'arrivée (quarantaine en attente du résultat)		
Autres pays : Rouge	Non	Quarantaine obligatoire, Test PCR à l'arrivée et à J7 (fin de quarantaine lors du 2ème test négatif)	Les voyages non essentiels sont interdits Si voyage essentiel : Cfr. résidents Belges	
Zones avec un risque élevé de VOC⁵	Oui/Non	Quarantaine obligatoire de 10 jours, Test PCR à l'arrivée et à J7	Les voyages non essentiels sont interdits exceptés pour les voyages essentiels de personnel navigant et de diplomates. Quarantaine obligatoire de 10 jours, Test PCR à l'arrivée et à J7	

SECRET MEDICAL

QUESTIONNAIRE SCREENING COVID-19

NOM:	Prénom:	
Matricule:	Date de naissance:	Registre national:
Unité d'incorporation :	Date de l'incorporation :	
Numéro de GSM :		

A remplir par le candidat militaire dès réception

Première partie

OUI NON

Avez-vous été diagnostiqué positif au COVID-19 ?

Avez-vous été en contact avec un cas possible ou confirmé de COVID-19 ces 14 derniers jours ?

Vous sentez-vous malade ?

Vous a-t-il été demandé de rester en quarantaine le jour de l'incorporation

Dans les 14 jours précédant votre incorporation, avez-vous voyagé dans une zone « rouge » ?

Dans les 14 jours précédant votre incorporation, avez-vous voyagé dans une zone « orange » ?

Deuxième partie

Au cours de ces 30 derniers jours, avez-vous présenté ou présentez-vous un des symptômes suivants ?

Toux*

Essoufflement*

Douleur thoracique*

Perte du goût et/ou de l'odorat*

Une aggravation de symptômes respiratoires chroniques sans autre cause évidente*

Fièvre**

Douleurs musculaires**

Fatigue**

Ecoulement nasal**

Maux de gorge**

Maux de tête**

Anorexie**

Diarrhée aqueuse**

Confusion aigue**

Chute soudaine**

J'affirme sur l'honneur que les réponses sont sincères et honnêtes.

Date

Signature:

A REMPLIR PAR LE PERSONNEL MEDICAL

Mesure de la température éventuelle

Cachet et signature: