



INTERVENTION POUR UN ENFANT ATTEINT D'UN HANDICAP

Formulaire à remplir en caractères d'imprimerie

Pour bénéficier de cette intervention, la reconnaissance de handicap doit couvrir le mois de juin de l'année concernée

Informations complémentaires www.ssc.fgov.be

Service Social Collectif

Tour du Midi - Esplanade de l'Europe 1 - 1060 Bruxelles
Tél. : 02/612.54.56 – 02/529 39 73 - E-mail : info@ssc.fgov.be

N'oubliez pas de joindre les documents demandés



A. DÉCLARATION À COMPLÉTER PAR LE TRAVAILLEUR

VOUS-MÊME :

Nom :
Prénom :
(Une femme mariée indiquera son nom de jeune fille)
Né.e le / /
N° de Registre National :
Adresse • rue :
N°/boîte :
Code postal : Localité :
Tél / GSM :
E-mail :

L'AUTRE PARENT :

Nom :
Prénom :
Employeur en juin de l'année concernée :
L'autre parent habite-t-il sous votre toit ? Oui Non

L'ENFANT :

Nom :
Prénom :
Né.e le / /
L'enfant habite-t-il sous votre toit ? Oui Non

Veillez joindre l'attestation de handicap et une attestation de votre caisse d'allocations familiales prouvant que vous percevez une majoration.

N° de compte bancaire :

Code IBAN : B E

Code BIC :
(Mentionnez le code BIC s'il s'agit d'un n° de compte étranger)

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.



Fait à

le / /

Signature du travailleur

B. DÉCLARATION À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR DU TRAVAILLEUR

Dénomination de l'administration :

Concernant le travailleur :

Fonction : Employé.e Ouvrier.ère Autre :
Statut : Nommé.e CDI CDD Article 60 Autre :
Temps de travail : Temps plein 1/2 temps 4/5^e Autre :

Date d'entrée en service : / / Date de sortie de service : / /

(Obligatoire s'il s'agit d'un contrat CDD ou d'un contrat Article 60)

Veillez préciser si le travailleur se trouvait dans un statut particulier à la date de l'évènement

(disponibilité, maladie, interruption de carrière à temps partiel ou plein, congé sans solde, etc.) :

....., et ce, depuis le : / /

Remarque : Ne sont pas bénéficiaires: les pompiers volontaires, les mandataires et les membres du personnel enseignant dont le traitement est à charge de la Fédération Wallonie-Bruxelles

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Fait à

le / /

Par :

Signature et qualité du signataire

Sceau de l'administration