

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNEL ÉTATIQUE

1. Données du Demandeur (Ces données sont à fournir par le Ministère / l'Administration demandeur de la procédure)

Ministère

Administration

Personne de Contact

No.Tél

Courriel

2. Données du Concerné (Données concernant la personne)

Nom

Prénom(s)

Né(e) le

à

Mat. Id. Nationale

Adresse (rés. habituelle)

Tél / GSM

Courriel

État civil

Date d'entrée en service



Affectation actuelle et description du poste actuellement occupé :

Service Administration

Ministère Carrière

Grade Degré d'occupation (%) %

Êtes-vous / étiez-vous en jouissance d'une rente d'invalidité OUI NON

Périodes de maladie du concerné durant les 2 années précédentes à la demande

Docteur	Date		Observations
	Du	Au	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Nombre total de jours maladie

Année courante

Année précédente

3. Sujet de la demande

	OUI	NON
Service à temps partiel pour raisons de santé (spécifier le degré d'occupation envisagé)		
Décision si le concerné est encore en état d'exercer ses fonctions		
Demande de contrôle pour déclarer le concerné inapte au travail avec mise en pension d'invalidité		
Un changement d'administration / changement d'affectation pour raisons de santé		
Demande de contrôle en vue d' une réintégration (spécifier le degré d'occupation envisagé)		
Demande de contrôle en vue de la reconnaissance de « Baby-years » en cas d'un enfant handicapé		
Demande de contrôle en vue d' une bonification de service après décès ou invalidité suite à un accident de travail		
Demande de contrôle en vue de l'octroi d'une pension différée (uniquement pour régime transitoire)		
Constatation de l'invalidité en vue du bénéfice de la loi du 26 mars 1974 (modifiée par celle du 14 juillet 1981)		

(Plusieurs réponses possibles)

4. Rapport de la situation actuelle

Documents joints :

Certificats de maladie couvrant les périodes reprises sous 2.b.
Print-out du système de pointage des deux dernières années

Autres :

Autres :

Je soussigné(e) déclare que toutes les données figurant sur le présent formulaire sont complètes,
sincères et véritables.

Lieu

Date

Nom, prénom et fonction du responsable de l'organisme ou de son délégué)