

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNEL ÉTATIQUE

1. Données personnelles (Ces données sont à fournir par 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

2. 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)

3. Rapport de la situation actuelle

Documents joints :

Certificats de maladie couvrant les périodes reprises sous 1.b.
Décision(s) antérieure(s) de la Commission des pensions
Rapports médicaux de vos médecins traitants

Autres :

Autres :

Autres :

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

Lieu

Date

Nom et prénom & Signature