

Fonds Maribel Social C.P. 332
332.00.10 Chambre des Milieux d'Accueil de l'Enfance
332.00.20 Chambre des Etablissements et services de l'Aide Sociale et des Soins de Santé

Document IV

DOCUMENT A RENVoyer OBLIGATOIREMENT A LA CHAMBRE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LORS D'UN REMPLACEMENT MARIBEL SOCIAL (ACCOMPAGNE DU CONTRAT)

Références de votre dossier : 022 ou 222¹ _____ (numéro Maribel obligatoire)

NOM ET ADRESSE DE L'ASSOCIATION :

PERSONNE DE CONTACT :

N° TELEPHONE :

N° FAX :

E-MAIL :

NOM DU TRAVAILLEUR A REMPLACER :
MARIBEL SOCIAL N° ou MARIBEL FISCAL :
DATE DE DEBUT DE CONTRAT :

RUPTURE DE CONTRAT : OUI/NON

DATE DE RUPTURE :

CONGE MALADIE : OUI/NON

PRISE EN CHARGE PAR LA MUTUELLE : DU _____ AU _____

AUTRE :

ABSENCE : DU _____ AU _____

NOM DU TRAVAILLEUR REMPLACANT :

N° DE REGISTRE NATIONAL :

DATE DE DEBUT DE CONTRAT :

DATE DE FIN DE CONTRAT :

NOTE : EN CAS DE CHEVAUCHEMENT ENTRE LE TRAVAILLEUR REMPLACE ET SON REMPLACANT, SEUL UN DES DEUX POSTES SERA PRIS EN COMPTE.

CE DOCUMENT EST A PHOTOCOPIER ET A RENVoyer QUAND CELA S' AVERE NECESSAIRE.

¹ Biffer la mention inutile