

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
D. A. P / SDRHRS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
TRAVAILLEUR HANDICAPE

Mme - M.

NOM : PRÉNOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

MATRICULE S.S : / _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / CLÉ / _ _ /

MUTUALISTE JUSTICE : OUI - NON

ADRESSE :
.....

TÉLÉPHONE :

SITUATION FAMILIALE :

CÉLIBATAIRE - MARIÉ - SÉPARÉ - DIVORCÉ - CONCUBINAGE - VEUF

PROFESSION DU CONJOINT :

ENFANTS :

PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SITUATION

DERNIER EMPLOYEUR :

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

COORDONNEES :

ADRESSE CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE :
.....

AFFECTATION : DIRECTION OU SERVICE :

BUREAU :

TÉLÉPHONE :

Fait à , le

(Signature)