



FAMIFED

Agence fédérale pour les allocations familiales

Rue de Trèves 70 Bt1
B-1000 Bruxelles
Ouvert de 8 h à 16 h 30

Expéditeur ONAFTS Rue de Trèves 70 Bt1 B-1000 Bruxelles

service

date

notre réf.

contact

téléphone

télécopieur

Période

**DECLARATION DE L'EMPLOYEUR
a renvoyer le plus rapidement possible**

Je soussigné(e) agissant au nom

de l'établissement d'enseignement du centre P.M.S. mentionné ci-dessous, déclare que

M

• **est affecté dans mon établissement depuis le sous le numéro matricule, et fournit des prestations de heures/semaine. Un emploi à temps plein comporte heures/semaine.**

• **est occupé(e) en tant que:**

TEMPORAIRE ou STAGIAIRE

OUVRIER CONTRACTUEL

A.C.S

OUVRIER DEFINITIF (spécifiez à partir de quelle date)

P.T.P.

CONTRAT PRIME (préciser le numéro du projet).....

DEFINITIF (spécifiez à partir de quelle date).....

AUTRES (par ex.: Activation des allocations de chômage, etc.).....

Contrat limité au 30 juin ? Oui Non, limité au (spécifiez la date)

• **a son traitement subventionné par :**

la Communauté française

la Communauté flamande

la Communauté germanophone

autres (par ex : Administration Communale, Province, Direction de l'Ecole, etc...) : à préciser :
.....

• **a quitté le service :** le pour la raison suivante :

fin de contrat

autre emploi

autres motifs (précisez)

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

N° de l'établissement :

A....., le

N° de téléphone :/.....

Signature du déclarant :

Cachet de l'établissement :



contact

dossier n°

Si l'attributaire travaille moins qu'à mi-temps dans l'établissement d'enseignement ou dans le centre P. M. S. et qu'il travaille également dans un autre établissement ou centre P. M. S., il doit faire compléter cette partie du document par un représentant de cet autre employeur.

Je soussigné(e) agissant au nom

de l'établissement d'enseignement du centre P.M.S. mentionné ci-dessous, déclare que

M
.....

• **est affecté dans mon établissement depuis le sous le numéro matricule, et fournit des prestations de heures/semaine. Un emploi à temps plein comporte heures/semaine.**

• **est occupé(e) en tant que:**

TEMPORAIRE ou STAGIAIRE

OUVRIER CONTRACTUEL

A.C.S

OUVRIER DEFINITIF (spécifiez à partir de quelle date)

P.T.P.

CONTRAT PRIME (préciser le numéro du projet).....

DEFINITIF (spécifiez à partir de quelle date).....

AUTRES (par ex.: Activation des allocations de chômage, etc).....

Contrat limité au 30 juin ? Oui Non, limité au (spécifiez la date)

• **a son traitement subventionné par :**

la Communauté française

la Communauté flamande

la Communauté germanophone

autres (par ex : Administration Communale, Province, Direction de l'Ecole, etc...) : à préciser :
.....

• **a quitté le service :** le pour la raison suivante :

fin de contrat

autre emploi

autres motifs (précisez)

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

N° de l'établissement :

A....., le

N° de téléphone :/.....

Signature du déclarant :

Cachet de l'établissement :