|  |
| --- |
| **DECLARATION DE MODIFICATION DES DONNEES PERSONNELLES** |

|  |  |
| --- | --- |
| NOM, Prénom |  |
| Date effective de la modification |  |

*Complétez uniquement les cases comportant des modifications*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A COMPLETER PAR LE TRAVAILLEUR** | | | |
| Adresse | Rue :…………………………………..…………………….N°……. Bte…..  Code Postal :………………… Localité :…………..……………………….. | | |
| Numéro de compte bancaire |  | | |
| **Situation personnelle** | Marié – cohabitant légal – célibataire – séparé/divorcé  Personne(s) à charge 1 :   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Valide(s) | Handicapée(s) 2 | | Enfant(s) |  |  | | Moins de 65 ans |  |  | | Plus de 65 ans |  |  |   *1 Compléter le document de précompte pour les personnes à charge*  *2 Fournir une attestation avec le taux d’handicap (AWIPH)* | | |
| Nom – prénom du conjoint :………………..…………………………….........  Date de naissance :……………………………………………………………..  Profession :……………………………………………………………………..  Date du mariage ou cohabitation légale :………………………………………  Conjoint avec revenu : oui / non | | |
| Personne à prévenir en cas d’urgences :  Nom, prénom : ……………………………………………………………….  Téléphone :………………………………………………………………… | | |
| **Moyen de transport** | *Note : Si transports en commun : joindre une copie de l’abonnement* | | |
| **Autre** |  | | |
| **Signature** |  | **Date** |  |