|  |
| --- |
| **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/divorcéPersonne(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** |  |