



Commune de Forest

Service du Personnel :

## Fiche de renseignements AGENT

**TOUTES LES RUBRIQUES DOIVENT ETRE IMPERATIVEMENT COMPLETEES**

**La commune de Forest ne pourra être tenue responsable des dommages qui résultent du caractère incomplet de cette fiche signalétique ni de toute modification ultérieure apportée à la fiche initiale**

IDENTIFICATION     MODIFICATION (dans ce cas, n'indiquer **que** les données à modifier)

### IDENTITE

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Initiales autres prénoms : \_\_\_\_\_ N° de registre national : \_\_\_\_\_ Sexe : M / F

N° carte d'identité : \_\_\_\_\_ N° Carte SIS : \_\_\_\_\_

Nationalité :  belge     autre (à préciser) \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

### DOMICILE

Rue : \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ GSM : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

### Case réservée au personnel

Destination des documents : \_\_\_\_\_

DIMONA : \_\_\_\_\_

### ALLOCATIONS FAMILIALES

Attributaire? :  OUI     NON

Si OUI, nombre d'enfants bénéficiaires : \_\_\_\_\_

### MODE DE LIQUIDATION

Payé par :  caisse     banque    N° compte bénéficiaire : BE \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Chèque circulaire :  à envoyer au bénéficiaire     à envoyer au donneur d'ordre

Désignation du bénéficiaire (si différent de l'agent) : \_\_\_\_\_

Adresse du bénéficiaire (si différente de celle de l'agent) : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

### PRECOMPTE PROFESSIONNEL

Etat civil :  Célibataire     Marié     Divorcé

Séparé     Veuf

Cohabitation légale

### Situation fiscale du conjoint:

Non handicapé avec revenus

Non handicapé sans revenus

Handicapé avec revenus

Handicapé sans revenus

Non handicapé avec revenus inférieurs à 151,22€

<p><b><u>CONJOINT</u></b></p> <p>Nom : _____ Prénom : _____</p> <p>Initiales autres prénoms : _____ Nationalité : _____</p> <p>N° de registre national : _____</p> <p>Né(e) le : ___/___/___ à _____ Pays : _____</p> <p>Agent dans service public : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Bénéficie-t-il de l'allocation de : Résidence <input type="checkbox"/> Foyer <input type="checkbox"/></p> <p>Profession :</p> <p>Ouvrier <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Sans profession <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>ETAT CIVIL</u></b></p> <p>Alliance :</p> <p><input type="checkbox"/> mariage – date : ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> cohabitation – date: ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> cohabitation légale – date: ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> veuvage – date: ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> divorce – date : ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> séparation – date : ___/___/___</p>
--	--

ENFANTS ET PERSONNES A CHARGE									
NOM	PRENOM	Date naissance	LIEN DE PARENTE (fils, fille,.. )	Occupation Professionnelle:	HANDICAPE ?			A CHARGE ?	
					Oui	%	Non	Oui	Non
AUTRES PERSONNES HABITANT SOUS LE MEME TOIT									

**Le (la) soussigné certifie exacts les renseignements qui précèdent et s'engage à signaler toute modification au service du Personnel**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_