

**MINISTÈRE DE LA JUSTICE**

**D.A.P/SDRHRS/RH1/**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**TRAVAILLEUR EN SITUATION DE HANDICAP**

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 À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT : .....

COORDONNÉES : .....

ADRESSE CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....  
.....

AFFECTATION : DIRECTION OU SERVICE : .....

BUREAU : .....

TÉLÉPHONE : .....

Fait à , le

(Signature)