

**MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS**  
**D. A. P / SDRHRS**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
***TRAVAILLEUR HANDICAPE***

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 A PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT : .....

COORDONNEES : .....

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

AFFECTATION : DIRECTION OU SERVICE : .....

BUREAU : .....

TÉLÉPHONE : .....

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

(Signature)