ANNEXE IV

MINISTÈRE
DE LA TRANSFORMATION
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUES
Liberté
Égalité
Fraternité

CHEQUE-VACANCES

A remplir par le service ressources humaines

Je soussigné(e) :
NOM :..... Prénom : .....

Ministère :.....

Fonction : .....

Téléphone (obligatoire) : .....
Email : ..... @ .....

atteste que :

DEMANDEUR

Civilité : Mme Melle M.

NOM de naissance : ..... Prénom : .....
NOM d'usage :..... .....

AFFECTATION

Affecté dans le service ci-après désigné :

Nom du service : .....

Adresse : .....

est employé par le service en qualité de travailleur en situation de handicap **(*)** ou a bénéficié d'une procédure de reclassement pour raison de santé.

Fait à : .....le : ...../ …… / .....

Signature et cachet :

(*) au titre du 1°, 2°, 3°, 4°,9°,10°, ou 11° de l'article L. 5212-13 du code du travail