

[Formulaire 005]

Document à envoyer lors d'une suspension de contrat

Ce document est à envoyer dès que la modification est connue et **au plus tard dans les 15 jours**.

N° dossier	
Nom et adresse de l'association	
Personne de contact	
Téléphone	
E-mail	

Nom du·de la travailleur·euse en incapacité	
Type de Maribel social	
Date de début de contrat	

	Date de début	Date de fin
Prise en charge par la mutuelle		
Crédit-temps		
Congé sans solde		
Chômage temporaire		
Autre		

Remarque

--

⚠️💡 **Si vous n'avez pas connaissance de la date de fin**, n'oubliez pas de nous contacter dès que la personne absente sera de retour.

Date	
Signature	