



DOCUMENT A RENVOYER OBLIGATOIREMENT AU FONDS LORS D'UNE RUPTURE DE CONTRAT

N° de référence au Fonds	
NOM ET ADRESSE DE L'ASSOCIATION	
PERSONNE DE CONTACT	
N° TELEPHONE	
E-MAIL	
NOM DU TRAVAILLEUR EN RUPTURE	
DATE DE DEBUT DE CONTRAT	
DATE DE FIN DE CONTRAT	
RUPTURE A L'INITIATIVE DE L'EMPLOYEUR (oui/non)	
RUPTURE A L'INITIATIVE DU TRAVAILLEUR (oui/non)	
RUPTURE DE COMMUN ACCORD (oui/non)	
FIN DE REMPLACEMENT (oui/non)	
PREAVIS PRESTE (*) oui/non	
Si OUI, durée du préavis	
DATE	

(*) Seul le préavis légal presté par le travailleur sera pris en charge par le Fonds. Aucune indemnité de rupture ne sera prise en compte.



DOCUMENT A RENVOYER OBLIGATOIREMENT AU FONDS LORS D'UN REEMPLACEMENT (ACCOMPAGNE DU CONTRAT)

N° de référence au Fonds	
NOM ET ADRESSE DE L'ASSOCIATION	
PERSONNE DE CONTACT	
N° TELEPHONE	
E-MAIL	

NOM DU TRAVAILLEUR A REMPLACER	
DATE DE DEBUT DE CONTRAT	
RUPTURE DE CONTRAT oui/non	
DATE DE RUPTURE	
CONGE MALADIE oui/non	
PRISE EN CHARGE PAR LA MUTUELLE (dates)	
AUTRE	
ABSENCE (dates)	
NOM DU TRAVAILLEUR REMPLACANT	
DATE DE DEBUT DE CONTRAT	
DATE DE FIN DE CONTRAT	
DATE	

NOTE : en cas de chevauchement entre le travailleur « remplacé » et son « remplaçant », seul 1 des 2 postes sera pris en compte.

CE DOCUMENT EST A PHOTOCOPIER ET A RENVOYER AU FONDS QUAND CELA S'AVERE NECESSAIRE



**DOCUMENT A RENVOYER OBLIGATOIREMENT AU FONDS LORS D'UNE
INCAPACITE DE TRAVAIL OU D'UN CONGE SANS SOLDE**

N° de référence au Fonds	
NOM ET ADRESSE DE L'ASSOCIATION	
PERSONNE DE CONTACT	
N° TELEPHONE	
E-MAIL	

NOM DU TRAVAILLEUR EN INCAPACITE	
DATE DE DEBUT DE CONTRAT	
CONGE MALADIE oui/non	
PRISE EN CHARGE PAR LA MUTUELLE (dates)	
AUTRE	
ABSENCE (dates)	
DATE	

NOTE : en cas de chevauchement entre le travailleur « remplacé » et son « remplaçant », seul 1 des 2 postes sera pris en compte.

CE DOCUMENT EST A PHOTOCOPIER ET A RENVOYER AU FONDS QUAND CELA S'AVERE NECESSAIRE