

**[Formulaire 004]**

**Document à envoyer obligatoirement lors d'un remplacement**

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

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

<b>Nom du·de la travailleur·euse à remplacer</b>	
Type de Maribel social	
Date de début de contrat	

<b>Rupture de contrat</b>	<input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non
Date de rupture	
<b>Congé maladie</b>	<input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non
Date de la prise en charge par la mutuelle	
<b>Autre</b>	<input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non
Date	

<b>Nom du·de la travailleur·euse remplaçant·e</b>	
Date de début de contrat	
Date de fin de contrat	

**À joindre au présent document :**

- Le contrat de travail du·de la travailleur·euse remplaçant·e
- Le formulaire 002 concernant le double financement du·de la travailleur·euse remplaçant·e

💡 N'oubliez pas de contacter votre **secrétariat social pour déclarer le Qbis** du·de la travailleur·euse remplaçant·e.

⚠ En cas de chevauchement entre le·la travailleur·euse remplace et son·sa remplaçant·e, seul un des deux postes sera pris en compte.

Date	
Signature	