

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