

## Déclaration supplémentaire relative à une invalidité

Partielle       Résiduelle

Déclaration de l'employeur ou de la personne à son compte

Numéro de contrat

### A. IDENTIFICATION

Nom de la personne invalide	Prénom
-----------------------------	--------

### B. ACTIVITÉS RÉMUNÉRATRICES

1. Veuillez préciser le nombre d'heures travaillées chaque jour de la semaine :

Horaire hebdomadaire **avant** l'arrêt de travail

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Nombre d'heures travaillées							

Horaire hebdomadaire **pendant** l'arrêt de travail

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Nombre d'heures travaillées							

2. Veuillez préciser la date de retour au travail

- dans le cadre d'une invalidité partielle :  - dans le cadre d'une invalidité résiduelle :

3. Veuillez préciser la répartition des tâches avant le retour au travail et depuis le retour partiel ou résiduel :

Tâches	Nombre d'heures par semaine	
	Avant le retour au travail	Après le retour au travail

4. Veuillez préciser les raisons qui empêchent la personne invalide d'accomplir toutes ses tâches habituelles :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Veuillez préciser les raisons qui empêchent la personne invalide de reprendre son horaire de travail habituel :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### C. DÉCLARATION

Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature de la personne invalide \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de la personne autorisée chez l'employeur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_