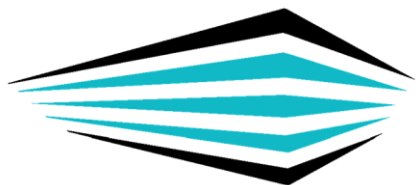


**FONDS DE SECURITE D'EXISTENCE POUR LES ENTREPRISES AGRÉÉES FOURNISSANT DES TRAVAUX OU SERVICES DE PROXIMITÉ**



Entreprise : \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tél.: \_\_\_\_\_  
 No. ONSS: \_\_\_\_\_  
 Personne à contacter: \_\_\_\_\_

Participants	No. Régistre National	Dates	Nombres d'heures	Salaire horaire (1)	Syndicat

**(1) Veuillez ajouter une copie de la fiche de paie ainsi qu'une attestation du syndicat prouvant la participation**

Remboursement par le Fonds au compte bancaire:   |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|

Date et signature: