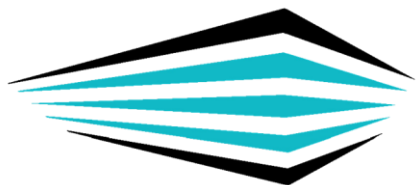


FONDS DE SECURITE D'EXISTENCE POUR LES ENTREPRISES AGRÉÉES FOURNISSANT DES TRAVAUX OU SERVICES DE PROXIMITÉ



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: