|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées du demandeur** | |
| Nom et Prénom *\** |  |
| N° Registre national |  |
| Adresse (complète) |  |
| N° de Téléphone + email |  |
| Date d’envoi du formulaire |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Encadré à remplir par le Médecin traitant** | |
| Pathologie |  |
| Date de début / Date de fin |  |
| Nom + Cachet du médecin |  |
| Date de la visite |  |

Ce document est à transmettre au CPAS de PERWEZ par courrier postal, à l’adresse suivante, et pour le 28 février 2021 au plus tard :

* rue des Marronniers 4 bte 4 à 1360 PERWEZ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Cadre réservé à l'Administration** | |
| Réception de la demande : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dossier complet : OUI – NON  Signature agent communal pour accord : | Kilos octroyés : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date Collège \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*\* Conformément au règlement général sur la protection des données, l’administration communale s’engage à n’utiliser les informations reprises sur cette note qu’à des fins purement comptable. Ces données seront annexées au mandat de paiement.*