



LE CAP

Secrétariat Social
Sozialsekretariat

A.S.B.L. Agr. 370 M.B. 14/11/91

Fiche de renseignements étudiant

N° de dossier :
Employeur
Adresse
CP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localité

- = case à compléter
 = case à cocher
▶ = information complémentaire obligatoire

1. Identité

Nom : Prénom : Initiale 2e Prénom :

N°national: -- Sexe: F - M Langue: FR D NL

Rue :N°.....Bte..... Code postal : Localité :

Né le / àPaysNationalité.....

Pour les ressortissants hors UE, l'employeur et le travailleur s'engagent à respecter personnellement la réglementation en matière d'autorisation de séjour et de permis de travail. N° permis de travail :

2. Nature du contrat

Ouvrier – Employé – Extra

Cotisation onss : de solidarité (maximum 50j/an) ▶ attestation student@work

Travailleur ordinaire (l'étudiant a dépassé le quota des 50j/an)

3. Durée du contrat

Contrat à durée déterminée du / au /

Lieu d'occupation : siège social sur chantier unité exploitation ▶ :

4. Qualification et rémunération

Commission paritaire : Catégorie barémique : Fonction :

Rémunération : ,/Oheure /Omois /Oéquivalent temps plein (A proratiser pour temps partiel)

Acompte fixe : ,/Osemaine /Omois

Composition : fixe variable (ex.commissions, primes) pourboires (=forfait ONSS)

Octroi de chèques repas : non - oui ▶ valeur faciale : ,

Je souhaite recevoir une convention individuelle pour octroi des chèques repas : oui - non

Avantage en nature octroyé sur base des forfaits ONSS : PC - ADSL - Téléphone - GSM -

Autre avantage :(nature) pour ,/Oheure /Omois

Le salaire sera versé sur le compte bancaire : IBAN et

BIC

A compléter obligatoirement pour les CP : 124 – 302 – 322.01 :

L'employeur entretient les vêtements de travail : oui - non

L'employeur fournit les vêtements de travail : oui - non

Les outils sont fournis par l'employeur : oui - non

5. Durée du travail et horaire

Durée hebdomadaire de travail : , / ,

Horaire : variable (à préciser sur l'état de prestations) - fixe selon grille ci-dessous

Semaine 1	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi		Dimanche	
	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à
Matin														
Après-midi														
Total														
Semaine 2	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi		Dimanche	
	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à
Matin														
Après-midi														
Total														

6. Division et centre de frais

Division : Centre de frais :

7. Formulaire Dimona

- l'employeur effectue la dimona et transmet copie en annexe.
- l'employeur souhaite que LE CAP effectue la dimona ► Annexe 1 obligatoire

Signature du travailleur	Date	Signature de l'employeur
.....



ANNEXE 1
Demande de Dimona

- = case à compléter
- = case à cocher
- ▶ = information complémentaire obligatoire

Employeur :

N° ONSS de l'employeur : -

Travailleur :

N° national du travailleur : . . - -

Commission Paritaire :

Statut du travailleur :

Modification (à préciser) :
.....

Annulation (à préciser) :
.....

Indispensable pour l'entrée en service d'un étudiant dans le secteur de la construction (CP124) :

N° C3.2A du mois de l'entrée en service

N° C3.2A du mois suivant

Indispensable pour l'entrée en service d'un étudiant (CDD) :

Entrée en service	Sortie de service	Jour(s) travail réservé(s)	Attestation student@work annexée
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> oui - <input type="radio"/> non ▶ compléter la déclaration ci-dessous
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> oui - <input type="radio"/> non ▶ compléter la déclaration ci-dessous
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> oui - <input type="radio"/> non ▶ compléter la déclaration ci-dessous
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> oui - <input type="radio"/> non ▶ compléter la déclaration ci-dessous
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> oui - <input type="radio"/> non ▶ compléter la déclaration ci-dessous

Ce / / , j'ai pris connaissance « on line » du nombre de jours de travail disponibles dans le contingent de l'étudiant(nom).....(prénom).
Le nombre de jour réservé dans ma dimona ne dépasse pas le solde des 50 jours étudiant.

Certifié conforme et sincère.

Signature du travailleur	Date	Signature de l'employeur
.....

**Déclaration sur l'honneur pour calcul des
 frais de déplacements domicile/travail
 incombant à l'employeur**

- = case à compléter
 = case à cocher
 ► = information complémentaire obligatoire

Merci de bien vouloir nous renvoyer ce document complété et signé dans les meilleurs délais.
 En l'absence de déclaration, aucun frais de déplacement ne pourra être octroyé sans que la responsabilité du secrétariat social LE CAP soit engagée.

Information employeur Siège social	Adresse d'arrivée à compléter si différente du siège
Employeur	Adresse
Adresse	
CP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localité	
	CP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localité

Information travailleur Domicile	Adresse de départ à compléter si différente du domicile
Nom - Prénom	Adresse
Adresse	
CP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localité	
	CP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localité

Moyen de transport	Questions	A compléter
<input type="radio"/> véhicule personnel	Nombre de KM aller parcouru :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> km
<input type="radio"/> Moyen de transport public autre que le train (ex : bus, tram) ► joindre copie de l'abonnement	Montant de l'abonnement :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €
	Périodicité de l'abonnement :	<input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois
<input type="radio"/> train ► joindre copie de l'abonnement	Montant de l'abonnement :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €
	Périodicité de l'abonnement :	<input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois
<input type="radio"/> vélo	Nombre total (aller/retour) / jour:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> km
<input type="radio"/> camionnette d'entreprise	► Vous recevrez en retour une fiche à compléter, nécessaire pour : - le calcul de l'ATN - la rédaction de la Car Policy	
<input type="radio"/> voiture d'entreprise		
<input type="radio"/> se rend au travail exclusivement à pied		
<input type="radio"/> transport collectif organisé par l'entreprise		

Signature du travailleur	Date	Signature de l'employeur
.....