

ANNEXE I

**DEMANDE DE DECISION AU MEDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITE
POUR LE TRAVAILLEUR VOLONTAIRE RECONNU INCAPABLE DE
TRAVAILLER au sens de la loi du 03/07/2005 modifié par la loi du
19/07/2006**

NOTE D'INFORMATION VOLONTARIAT

Je souhaite travailler/Je travaille (*) en tant que volontaire pour l'organisation ci-dessous, sur la base des informations fournies par cette organisation:

Nom et prénom du volontaire	
N° de registre national ou de carte SIS	
Adresse	
Tél. et/ou GSM	
e-mail	

Données concernant l'ORGANISATION DE VOLONTARIAT: (un formulaire de demande par organisation)

Nom	
Adresse	
N° de tél.	
e-mail	
Objectif social	

Données sur l'activité pour laquelle je demande la décision du médecin-conseil pour cette organisation :

Période	<input type="checkbox"/> période indéfinie à partir du	<input type="checkbox"/> période connue déjà fixée du au
Important: Nature et volume des activités que j'exerce en tant que volontaire :		

(*) biffer les mentions inutiles

Cocher ce qui s'applique:

- L'organisation ne prévoit aucune indemnité pour les activités volontaires.
 - L'organisation verse une indemnité forfaitaire (en tenant compte des maxima légaux)
 - L'organisation rembourse les frais réels, sur la base des preuves fournies
 - En nature: . . . (Ex. repas – chèque-lecture – carte de bus)
 - Autre réglementation: spécifier:
-

Je m'engage à communiquer immédiatement à ma mutualité toute modification qui interviendrait dans les données mentionnées ci-dessus.

Lu et approuvé:

Date:

Nom et signature du volontaire:

Décision du médecin-conseil: