

ASBL Pôle Hospitalier Jolimont
Siège social :
Rue Ferrer 159 - 7100 La Louvière
BCE n°0401.793.596
www.jolimont.be

Merci d'apposer une photo type selfie



NOM - PRENOM du candidat	
LIEU ET DATE DE NAISSANCE	
NUMERO NATIONAL	
NATIONALITE	
ADRESSE COMPLETE	
N° DE GSM	
ADRESSE EMAIL	
N° DE COMPTE BANCAIRE	
N° PLAQUE DE VOITURE	
UNIVERSITE	
DATE DE FORMATION AU PHJ	Du __ / __ / ____ au __ / __ / ____
N° INAMI	
SPECIALITE & ANNE DE FORMATION	

TOURNEZ S.V.P. →

ASBL Pôle Hospitalier Jolimont

Siège social :

Rue Ferrer 159 - 7100 La Louvière

BCE n°0401.793.596

www.jolimont.be

VOTRE NOM :

VOTRE PRENOM :

VOTRE SITUATION FAMILIALE :

ETAT CIVIL (ENTOURER LA MENTION ADEQUATE) :

CELIBATAIRE MARIE(E) COHABITANT(E) LEGAL(E) SEPARÉ(E) DIVORCÉ(E) VEUF(VE)

SI CONJOINT : NOM :

PRENOM :

NE(E) LE : NE(E) A :

NATIONALITE :

PROFESSION : ou Chômage Mutuelle Sans revenus

A CHARGE : OUI NON HANDICAPE : OUI NON

SI ENFANTS :

NOM	PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	A CHARGE	HANDICAPE
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

AUTRE(S) PERSONNE(S) A CHARGE : OUI: PERSONNE(S) NON

HANDICAPE: OUI NON

AUTRE(S) PERSONNE(S) A CHARGE DE PLUS DE 65 ANS: OUI: PERSONNE(S) NON

HANDICAPE: OUI NON