

## ANNEXE IV



MINISTÈRE  
DE LA TRANSFORMATION  
ET DE LA FONCTION  
PUBLIQUES

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# CHEQUE-VACANCES

A remplir par le service ressources humaines

Je soussigné(e) :

NOM : ..... Prénom : .....

Ministère : .....

Fonction : .....

Téléphone (obligatoire) : .....

Email : ..... @.....

atteste que :

### DEMANDEUR

Civilité :            Mme        Melle        M.

NOM de naissance : ..... Prénom : .....

NOM d'usage : ..... / .....

### AFFECTATION

Affecté dans le service ci-après désigné :

Nom du service : .....

Adresse : .....

est employé par le service en qualité de travailleur en situation de handicap (\*) ou a bénéficié d'une procédure de reclassement pour raison de santé.

Fait à : ..... le : ..... / ..... / .....

Signature et cachet :

(\*) au titre du 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10°, ou 11° de l'article L. 5212-13 du code du travail