

## Demande de crédit-temps avec motif à temps plein

**Attention.** Ce formulaire ne concerne pas les formes spécifiques d'interruption de carrière. Si vous souhaitez demander un congé parental, un congé pour assistance médicale, un congé pour soins palliatifs ou un congé pour aidant proche, veuillez utiliser le formulaire C61-Congé parental, C61-Assistance médicale, C61-Soins palliatifs ou C61 Aidant proche.

Consultez les feuilles info relatives au crédit-temps disponibles auprès d'un des bureaux de l'ONEM ou sur le site Internet de l'ONEM [www.onem.be](http://www.onem.be).

Ce formulaire vous permet:

- **de demander un crédit-temps à temps plein avec allocations**

Si vous remplissez les conditions pour bénéficier du crédit-temps à temps plein, vous avez droit au crédit-temps à temps plein et aux allocations pendant 36 mois pour le motif formation, à 48 mois pour le motif soins à votre enfant de moins de 5 ans et à 51 mois pour les autres motifs soins.

Aucun calcul proportionnel n'est possible en cas de formule à temps partiel. Le total de 36 mois / 48 mois / 51 mois est commun aux différents types de crédit-temps (à temps plein, 1/2 temps et 1/5 temps).

- **de déclarer un crédit-temps à temps plein sans allocations**

Si vous remplissez les conditions relatives au crédit-temps à temps plein mais que pour l'une ou l'autre raison vous n'avez pas droit aux allocations, vous pouvez prétendre à un crédit-temps sans allocations sauf si vous combinez ce crédit-temps avec une activité rémunérée ou indépendante non autorisée.

### Qui doit compléter ce formulaire?

Le travailleur doit compléter la PARTIE I et l'employeur la PARTIE II. En cas de demande d'allocations pour soins, assistance médicale ou formation, le médecin traitant, l'école ou l'institution de formation doit, selon le cas, compléter l'attestation figurant dans la rubrique "Attestations". Les deux parties de ce formulaire doivent parvenir ensemble à l'ONEM.

Si vous êtes engagé auprès de deux employeurs différents et que vous souhaitez interrompre complètement vos prestations chez les deux, vous devez introduire deux formulaires auprès de l'ONEM, un pour chaque employeur.

Si vous souhaitez interrompre complètement vos prestations chez un seul de vos deux employeurs, vous devez introduire un formulaire de demande et faire compléter une déclaration par votre autre employeur (celui chez lequel vous ne réduisez pas vos prestations). Cette déclaration est disponible sur [www.onem.be](http://www.onem.be) (rubrique Documentation > formulaires - attestations).

Vous trouverez, à gauche des questions, les informations supplémentaires qui vous aideront à remplir le formulaire.

### **Renvoyez le formulaire complété:**

- **Comment?** Par lettre recommandée
- **Quand?** Au plus tôt six mois avant le début du crédit-temps et au plus tard dans les deux mois qui suivent le début du crédit-temps. Si vous nous faites parvenir votre demande à l'avance, celle-ci ne sera pas nécessairement traitée dès sa réception.
- **Où?** Au bureau de l'ONEM de votre domicile (vous trouverez les coordonnées du bureau en introduisant votre code postal dans la rubrique "Chercher un bureau de l'ONEM" en bas de la page d'accueil du site internet: [www.onem.be](http://www.onem.be)).
- **Et ensuite?** Vous recevrez un document C62 vous informant de la décision du bureau de l'ONEM.

### **Introduction électronique de la demande**

Si vous disposez d'un token ou d'une carte d'identité électronique, vous pouvez introduire votre demande par voie électronique et consulter votre dossier online sur le site portail de la sécurité sociale [www.socialsecurity.be](http://www.socialsecurity.be). Des informations sur le token et sur la carte d'identité électronique sont également disponibles sur ce même site.

# PARTIE I

## à compléter par le travailleur

### A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES BIEN LISIBLES

#### Votre identité

Ce numéro se trouve au verso de votre carte d'identité.

Numéro d'identification du Registre national ..... • ..... • ..... • ..... • ..... • .....

Nom .....

Prénom .....

*A compléter uniquement si vous habitez à une adresse différente de l'adresse connue au registre national ou si vous êtes domicilié à l'étranger.*

Rue .....

Numéro .....

Code postal .....

Localité .....

Pays .....

*Renseignements indispensables au traitement de votre demande.*

*Grâce à votre numéro de téléphone et à votre adresse e-mail, l'ONEM peut vous contacter pour obtenir les informations éventuellement manquantes dans ce formulaire et donner une suite plus rapide à votre demande.*

GSM ..... • ..... • ..... • .....

Téléphone ..... • ..... • ..... • .....

**A compléter en lettres CAPITALES bien lisibles**

E-mail ..... @ .....

#### Votre crédit-temps avec motif

*Vous avez droit au crédit-temps chez l'employeur et aux allocations si vous avez 2 ans d'ancienneté à la date à laquelle vous avez averti, par écrit, votre employeur de votre demande de crédit-temps.*

**Vous demandez un crédit-temps à temps plein**

avec allocations

du ..... • ..... • ..... • .....

au ..... • ..... • ..... • ..... inclus

sans allocations

du ..... • ..... • ..... • .....

au ..... • ..... • ..... • ..... inclus

*La condition d'ancienneté n'est pas applicable si vous demandez un crédit-temps immédiatement après votre congé parental et que le congé parental est épuisé pour tous les enfants bénéficiaires.*

*A compléter uniquement si vous avez moins de 2 ans d'ancienneté à la date à laquelle vous avez averti, par écrit, votre employeur de votre demande de crédit-temps et que votre crédit-temps suit immédiatement votre congé parental.*

**Avez-vous épuisé votre congé parental pour tous les enfants bénéficiaires?**

Non      Oui

**Attention.** Vous avez droit au crédit-temps uniquement si vous avez épuisé votre congé parental pour tous les enfants bénéficiaires.

La durée minimale par demande pour le crédit-temps à temps plein est de:

- 1 mois pour les motifs 2, 3 et 6
- 3 mois pour les motifs 1, 4 et 5

Si vous ne respectez pas cette durée minimale, vous pourriez devoir rembourser les allocations déjà perçues.

La durée maximale par demande pour le droit chez l'employeur au crédit-temps à temps plein est de:

- 36 mois pour le motif 4 pour le droit et pour les allocations. Remarque: la durée maximale pour le motif 4 ne peut dépasser la durée de la formation (voir l'attestation dans la rubrique "Attestations" à compléter par l'école ou l'institution de formation).
- 51 mois pour le motif 1 pour le droit au crédit-temps chez l'employeur et 48 mois pour le droit aux allocations
- 51 mois pour le motif 5 pour le droit et pour les allocations
- 3 mois pour les motifs 2 et 6 pour le droit et pour les allocations
- 1 mois pour le motif 3 pour le droit et pour les allocations.

Pour autant que votre employeur ait prévu cela dans une CCT sectorielle ou d'entreprise pour les motifs 1 à 4.

Consultez les feuilles info relatives au crédit-temps ou le site de l'ONEM pour plus d'informations, notamment sur le calcul de la durée maximale.

## Pour un des motifs suivants

1. Prendre soin de votre enfant de moins de 5/8 ans

**Attention.** Indiquez le nom, le prénom et le numéro d'identification du Registre national de l'enfant pour lequel vous demandez un crédit-temps et joignez, en cas de naissance, une copie de l'acte de naissance de l'enfant, en cas d'adoption un extrait du registre de la population ou des étrangers et une attestation concernant l'adoption. Ces documents ne doivent plus être fournis en cas de nouvelle demande pour le même enfant.

Numéro d'identification du RN ... ..

Nom et prénom .....

2. Assister ou octroyer des soins à un membre du ménage ou de la famille gravement malade (un parent jusqu'au 2<sup>ème</sup> degré ou un allié jusqu'au 1<sup>er</sup> degré ou le père/la mère/l'enfant de votre cohabitant légal).

**Attention.** Vous devez faire compléter l'attestation par le médecin traitant dans la rubrique "Attestations".

3. Octroyer des soins palliatifs

**Attention.** Vous devez faire compléter l'attestation par le médecin traitant dans la rubrique "Attestations".

4. Suivre:

- une formation reconnue par les Communautés ou par le secteur, comptant au moins 360 heures ou 27 crédits par an ou 120 heures ou 9 crédits par trimestre scolaire ou par période ininterrompue de 3 mois;
- un enseignement prodigué dans un centre d'éducation de base ou une formation axée sur l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat d'enseignement secondaire, dont la limite est fixée à 300 heures par an ou 100 heures par trimestre scolaire ou par période ininterrompue de 3 mois.

**Attention.**

- Vous devez faire compléter l'attestation par l'école ou par l'institution de formation dans la rubrique "Attestations"

**ET**

- vous devez introduire auprès de l'ONEM, dans les 20 jours calendrier après chaque trimestre, une attestation de présence régulière à la formation dans le courant du trimestre. L'ONEM octroie l'allocation sur la base de ce formulaire de demande dans le trimestre au cours duquel le crédit-temps commence. Pour les trimestres suivants, l'ONEM octroie l'allocation pour autant que l'attestation de présence régulière ait été introduite dans le délai de 20 jours précité.

5. Octroyer des soins à votre enfant handicapé jusqu'à l'âge de 21 ans

**Attention.** Indiquez le nom, le prénom et le numéro d'identification du Registre national de l'enfant pour lequel vous demandez un crédit-temps et joignez une attestation démontrant l'incapacité à 66 % ou l'affection entraînant une reconnaissance d'au moins 4 points dans le pilier I ou d'au moins 9 points dans l'ensemble des 3 piliers de l'échelle médico-sociale au sens de la réglementation relative aux allocations familiales.

Numéro d'identification du RN ... ..

Nom et prénom .....

6. Assister ou octroyer des soins à votre enfant mineur gravement malade ou à un enfant mineur membre du ménage gravement malade

**Attention.** Vous devez faire compléter l'attestation par le médecin traitant dans la rubrique "Attestations".

## La personne pour laquelle vous demandez un crédit-temps pour assistance médicale

A compléter uniquement si vous avez coché le motif 2 ou 6 ci-avant

### **Vous demandez le crédit-temps pour le motif assistance médicale pour:**

(Numéro d'identification du Registre national, nom et prénom de la personne /de l'enfant pour laquelle/lequel vous demandez le crédit-temps pour assistance médicale)

Numéro d'identification du Registre national ..... - ..... - ..... - .....

Nom .....

Prénom .....

### **Cette personne est-elle membre de votre ménage?**

Non      Oui

### **Cette personne est-elle un membre de votre famille (un parent jusqu'au 2<sup>ème</sup> degré ou un allié jusqu'au 1<sup>er</sup> degré ou le père/la mère/l'enfant de votre cohabitant légal)?**

Non      Oui

Je demande un congé pour assistance médicale pour

.....  
(Exemple: ma mère, mon fils, le père de mon époux,...)

## Indemnité complémentaire pour les travailleurs âgés de 45 ans ou plus

A compléter uniquement si vous êtes âgé de 45 ans ou plus

### **Vous demandez un crédit-temps à temps plein et vous percevrez une indemnité complémentaire de votre employeur ou d'un fonds sectoriel:**

Non

Oui (si oui, joignez le formulaire C1-CCT n°77bis complété [déclaration de votre situation familiale] sauf si:

- vous travaillez dans une entreprise ressortissant à une des (sous-) commissions paritaires suivantes: 152, 225 (enseignement), 328, 328.01, 328.02, 328.03 (transport urbain et régional);
- la date de fin de la période de crédit-temps que vous demandez tombe avant le mois dans lequel se situe votre 50<sup>ème</sup> anniversaire;
- vous êtes en période de préavis et que ce dernier vous a été notifié avant le 1<sup>er</sup> octobre 2005.)

Ce formulaire n'est plus disponible sur le site. Il doit être demandé à l'ONEM.

## Votre situation personnelle

Consultez les feuilles info sur [www.onem.be](http://www.onem.be) pour plus d'information sur les cumuls.

### Exercez-vous une activité salariée complémentaire pendant le crédit-temps?

Non Oui (joignez une copie du contrat)

Date de début: ... .. • ... .. • ... ..

Nombre d'heures par semaine: ... .. h ... .. minutes

**Attention.** Vous perdez le droit aux allocations à partir du moment où vous entamez ou élargissez une activité salariée pendant le crédit-temps. Si vous entamez ou élargissez cette activité, vous devez en avertir au préalable et par écrit, le bureau de l'ONEM. Sinon vous devrez rembourser les allocations de crédit-temps déjà payées depuis le début de l'activité ou de son élargissement.

Vous perdez le droit au crédit-temps à partir du moment où vous entamez ou élargissez une activité salariée pendant le crédit-temps pour les motifs 1, 2, 3 et 4 cités dans la rubrique "Votre crédit-temps avec motif" de ce formulaire.

Vous êtes considéré comme indépendant si vous devez vous inscrire obligatoirement auprès d'une caisse d'assurances sociales pour travailleurs indépendants. Afin de savoir si vous devez vous inscrire comme indépendant, veuillez contacter l'INASTI (Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants).

### Exercez-vous une activité indépendante complémentaire pendant le crédit-temps comme indépendant pour laquelle une inscription auprès d'une caisse d'assurances sociale pour indépendants est obligatoire?

Non Oui

Date de début: ... .. • ... .. • ... ..

**Attention.** Vous perdez le droit aux allocations à partir du moment où vous entamez une activité indépendante pendant le crédit-temps. Si vous entamez cette activité, vous devez en avertir au préalable, par écrit, le bureau de l'ONEM. Sinon vous devrez rembourser les allocations de crédit-temps déjà payées depuis le début de l'activité.

Vous perdez le droit au crédit-temps et aux allocations à partir du moment où vous entamez une activité indépendante pendant le crédit-temps pour les motifs 1, 2, 3 et 4 cités dans la rubrique "Votre crédit-temps avec motif" de ce formulaire.

Les allocations ne sont pas cumulables avec une activité rémunérée à l'étranger pour le compte d'une organisation de coopération au développement non-gouvernementale reconnue.

### Travaillez-vous pour la coopération au développement?

Vous effectuez une activité rémunérée dans le cadre d'un projet reconnu de coopération au développement et vous résidez à l'étranger:

Non Oui

Date de début: ... .. • ... .. • ... ..

Les allocations ne sont en principe pas cumulables avec une pension à charge de l'Etat belge ou en vertu d'une loi étrangère.

A titre d'exception, les allocations peuvent être cumulées avec une pension de survie belge dans le régime de pension des travailleurs salariés, des fonctionnaires ou des indépendants pendant une période unique de maximum 12 mois calendrier successifs ou non.

Pour plus d'informations sur les conséquences de ce cumul sur le montant de votre pension de survie, contactez le Service fédéral des Pensions.

### Percevez-vous des allocations dans le cadre d'une pension?

(si vous percevez une allocation de transition, vous devez cocher "Non")

Non      Oui

Date de début: ... .. • ... .. • ... ..

### S'agit-il d'une pension de survie?

Non      Oui

### Souhaitez-vous cumuler vos allocations d'interruption avec le bénéfice d'une pension de survie?

Non      Oui

#### Période de cumul

- du ... .. • ... .. • ... ..  
au ... .. • ... .. • ... .. inclus

- du ... .. • ... .. • ... ..  
au ... .. • ... .. • ... .. inclus

- du ... .. • ... .. • ... ..  
au ... .. • ... .. • ... .. inclus

Périodes de cumul d'allocations sociales (maladie, chômage involontaire, prépension conventionnelle [jusqu'au 31.12.2011], chômage avec complément d'entreprise [depuis le 01.01.2012] ou crédit-temps) déjà prises auparavant:

- du ... .. • ... .. • ... ..  
au ... .. • ... .. • ... .. inclus

- du ... .. • ... .. • ... ..  
au ... .. • ... .. • ... .. inclus

- du ... .. • ... .. • ... ..  
au ... .. • ... .. • ... .. inclus

Les allocations ne peuvent pas être cumulées avec un mandat politique à l'exception d'un mandat exercé comme conseiller communal, provincial, de district, d'un CPAS ou de membre du comité spécial pour le service social en vertu du décret Flamand sur l'administration locale du 22 décembre 2017.

### Exercez-vous un mandat politique?

Non      Oui

### S'agit-il d'un mandat de conseiller communal, provincial, de district, d'un CPAS ou de membre du comité spécial pour le service social en vertu du décret Flamand sur l'administration locale du 22 décembre 2017?

Non      Oui

## Etes-vous travailleur frontalier français?

Non      Oui (*Joignez une copie du formulaire 276 FRONT./GRENS. délivré par le Service public fédéral Finances afin d'obtenir l'exonération du précompte professionnel sur l'allocation d'interruption.*)

**Attention.** Vous n'avez plus droit à cette exonération si vous n'êtes plus travailleur frontalier français pendant le crédit-temps. Vous devez en avvertir immédiatement le bureau de l'ONEM.

## Paiement

Vous trouverez l'IBAN sur vos extraits de compte ou votre carte bancaire. Pour un numéro de compte belge, l'IBAN compte 16 caractères, commence par BE suivi de 2 chiffres et de votre numéro de compte actuel.

\* A compléter uniquement si l'IBAN ne commence pas par BE.

## Quel mode de paiement souhaitez-vous?

Par virement sur le numéro de compte-IBAN

*Pas le numéro de votre carte bancaire*

..... \* ..... \* ..... \* .....

\* BIC ..... \* .....

Si ce compte est au nom d'une tierce personne, mentionnez:  
sa qualité (*époux, concubin, avocat, ...*)

.....  
son nom .....

Par chèque circulaire

## Signature

*N'oubliez pas de signer le formulaire avant de le renvoyer au bureau de l'ONEM de votre domicile*

Vous pouvez modifier ultérieurement les données de ce formulaire au moyen de la "Déclaration de modification - Données relatives à l'interruption de carrière/au crédit-temps/au congé thématique" disponible sur le site de l'ONEM [www.onem.be](http://www.onem.be).

Vos déclarations sont conservées dans des fichiers informatisés. Vous trouverez de plus amples informations concernant la protection de ces données dans la brochure relative à la protection de la vie privée disponible auprès des bureaux de l'ONEM.

Vous pouvez consulter votre fiche fiscale via votre dossier "Interruption de carrière et crédit-temps" ou en activant votre eBox via [www.mysocialsecurity.be](http://www.mysocialsecurity.be). Vous pouvez également la consulter via [www.mymifin.be](http://www.mymifin.be).

Je déclare que toutes les données figurant sur ce formulaire sont exactes. Je m'engage à communiquer immédiatement par écrit chaque modification de ces données au bureau de l'ONEM dont mon domicile relève.

J'accepte que ma fiche fiscale soit mise à ma disposition sous forme électronique.

Si je souhaite encore la recevoir sous forme papier, j'en fais la demande auprès du bureau de l'ONEM dont mon domicile relève.

Date ..... \* ..... \* .....

Signature du travailleur

# ATTESTATIONS

*Veillez faire compléter, le cas échéant, l'attestation qui correspond à votre demande de crédit-temps*

## Attestation à compléter par le médecin traitant du patient nécessitant des soins palliatifs ou une assistance médicale ou par le médecin traitant de l'enfant mineur gravement malade

*Cette attestation doit être complétée au plus tôt un mois avant la date de début de l'assistance médicale ou des soins palliatifs et au plus tard le jour de la date de début de l'assistance médicale ou des soins palliatifs.*

### En cas de congé pour soins palliatifs

Je déclare que le patient auquel le travailleur déclare vouloir dispenser des soins palliatifs se trouve en phase terminale.

### En cas de congé pour assistance médicale

Je déclare que

Nom .....

Prénom .....

qui est membre de la famille - parent jusqu'au 2<sup>ème</sup> degré ou allié jusqu'au 1<sup>er</sup> degré - ou membre du ménage du travailleur ou père/mère/enfant du cohabitant légal du travailleur, tel que mentionné sur l'attestation du travailleur,

*A compléter uniquement si le congé est demandé pour une personne autre qu'un enfant mineur gravement malade*

souffre d'une maladie **grave** ou a subi une intervention médicale **grave ET** que l'assistance sociale, familiale ou morale du travailleur ou des soins octroyés par le travailleur est/sont **nécessaire(s)** à sa convalescence et requièrent l'interruption demandée par le travailleur à côté de l'éventuelle **assistance professionnelle** dont le patient peut bénéficier.

*A compléter uniquement si le congé est demandé pour un enfant mineur gravement malade*

souffre d'une maladie **grave** ou a subi une intervention médicale **grave ET** que l'assistance sociale, familiale ou morale du travailleur ou des soins octroyés par le travailleur est/sont **nécessaire(s)** à sa convalescence.

Date .....

Signature et cachet du médecin traitant du patient

## Attestation à compléter par l'école ou par l'institution de formation

Le travailleur est valablement inscrit

du ... .. • ... .. • ... ..

au ... .. • ... .. • ... .. inclus

pour suivre:

- une formation reconnue par les Communautés ou par le secteur, comptant au moins 360 heures ou 27 crédits par an ou 120 heures ou 9 crédits par trimestre scolaire ou par période ininterrompue de 3 mois;
- un enseignement prodigué dans un centre d'éducation de base ou une formation axée sur l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat d'enseignement secondaire, dont la limite est fixée à 300 heures par an ou 100 heures par trimestre ou par période ininterrompue de 3 mois.

Date ... .. • ... .. • ... ..

Signature et cachet de l'école ou  
de l'institution de formation

## PARTIE II: à compléter par l'employeur A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES BIEN LISIBLES

### Votre entreprise

Numéro BCE ..... • ..... • .....

Numéro de Commission paritaire ..... • .....

Branche d'activité .....

Nom ou raison sociale .....

Adresse .....

Téléphone ..... • ..... • .....

**A compléter en lettres CAPITALES bien lisibles**

E-mail .....@.....

### Avertissement écrit

**J'autorise le travailleur à interrompre sa carrière dans le cadre d'un crédit-temps à temps plein pour la période indiquée dans la Partie I - rubrique "Votre crédit-temps avec motif".**

**Le travailleur m'a averti, par écrit, à la date du ..... • ..... • ..... qu'il veut prendre un crédit-temps à temps plein.**

### Le crédit-temps

**Le travailleur a été lié par un contrat de travail dans mon entreprise pendant au moins les 24 mois qui précèdent son avertissement écrit.**

Non      Oui

**Le travailleur a été occupé à temps plein pendant les 12 mois qui précèdent son avertissement écrit.**

Non      Oui

---

*A compléter uniquement si le travailleur est occupé à temps partiel.*

**Le travailleur a été occupé à temps partiel pendant les 24 mois qui précèdent son avertissement écrit.**

Non      Oui

---

*A remplir uniquement si le travailleur vous a averti par écrit avant le 1<sup>er</sup> février 2023.*

**Le travailleur a été lié par un contrat de travail dans mon entreprise pendant 5 années.**

Non      Oui

**Attention:** le régime de travail doit être mentionné en heures et minutes. Aucune déclaration en décimales ou en pourcentage ne sera acceptée.

*Il s'agit du régime de travail (durée de travail) tel qu'il est renseigné dans le contrat de travail (sans tenir compte du crédit-temps).*

*Si avant le début de ce crédit-temps le travailleur était déjà en crédit-temps, veuillez indiquer le nombre d'heures du contrat de travail conclu avant le crédit-temps, sans tenir compte du nombre d'heures interrompues à la suite du crédit-temps.*

Avant le début de ce crédit-temps, le travailleur était occupé dans le cadre d'un contrat de travail de ..... h ..... minutes/semaine.

Le régime de travail à temps plein pour cette catégorie de travailleur est de ..... h ..... minutes/semaine.

## Régime des réductions du temps de travail

*Le régime des réductions du temps de travail (R.T.T.) permet à l'employeur d'augmenter le temps de travail moyen. En contrepartie, le travailleur se voit octroyer un nombre de jours de repos compensatoire pour réduction du temps de travail (jours de récupération).*

**Existe-t-il un régime de réduction du temps de travail (R.T.T.)?**

Non      Oui

**Pendant le crédit-temps, le travailleur bénéficiera-t-il du régime de réduction du temps de travail (R.T.T.) ?**

Non      Oui

## Indemnité complémentaire pour les travailleurs âgés de 45 ans ou plus

*A compléter uniquement si le travailleur demande des allocations*

**Vous-même paierez ou un fonds paiera une indemnité complémentaire en cas de crédit-temps à temps plein demandé par ce travailleur de 45 ans au moins:**

*Ce formulaire n'est plus disponible sur le site. Il doit être demandé à l'ONEM.*

Non      Oui (si oui, joignez le formulaire "Annexe C61-CCT77bis" complété [déclaration relative à l'octroi d'une indemnité complémentaire] sauf si:

- vous êtes un employeur ressortissant à une des (sous-)commissions paritaires suivantes: 152, 225 (enseignement), 328, 328.01, 328.02, 328.03 (transport urbain et régional);
- la date de fin de la période de crédit-temps demandée tombe avant le mois dans lequel se situe le 50<sup>ème</sup> anniversaire du travailleur;
- votre travailleur est en période de préavis et que vous lui avez notifié avant le 1<sup>er</sup> octobre 2005.)

## Durée de la convention collective de travail sectorielle ou d'entreprise

*A compléter uniquement si le travailleur prend un crédit-temps pour motif 1, 2, 3 ou 4*

**Existe-t-il une CCT sectorielle ou d'entreprise qui élargit le droit du travailleur au crédit-temps à temps plein?**

Non      Oui

- S'il s'agit d'une CCT sectorielle, indiquez

le numéro d'enregistrement: .....

- S'il s'agit d'une CCT d'entreprise, joignez-en une copie.

## Règles d'organisation

**Je suis l'employeur d'une entreprise occupant au maximum 10 travailleurs:**

Non      Oui (Si oui, allez directement à la rubrique "Signature")

*Il s'agit du pourcentage du personnel qui peut prendre simultanément un crédit-temps.*

**Le seuil de 5 % est dépassé:**

Non      Oui

**Le seuil a été modifié par CCT ou par règlement de travail**

à la date du ... .. • ... .. • ... ..

**et le seuil dérogatoire fixé juridiquement est dépassé:**

Non      Oui

## Signature

Je déclare avoir pris connaissance de la feuille info E56. Je certifie que les données figurant sur ce formulaire sont exactes et que à défaut, je m'engage à faire l'objet d'éventuelles sanctions pénales.

Je m'engage à communiquer immédiatement par écrit chaque modification de ces données au bureau de l'ONEM dont le domicile de mon travailleur relève.

Date ... .. • ... .. • ... ..

Signature et cachet de l'employeur