

**DEMANDE DE DECISION AU MEDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITE  
POUR LE TRAVAILLEUR VOLONTAIRE RECONNU INCAPABLE DE  
TRAVAILLER au sens de la loi du 3/07/2005 modifié par la loi du  
1/03/2019**

**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	
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 .....
<b>Important:</b>  <b>Nature et volume des activités que j'exerce en tant que volontaire :</b>		

(\*) biffer les mentions inutiles

Cocher ce qui s'applique:

- L'organisation ne prévoit aucun défraiement pour les activités volontaires.
- L'organisation verse un défraiement forfaitaire (en tenant compte des maxima légaux).
- L'organisation verse un défraiement forfaitaire (en tenant compte des maxima légaux), avec le remboursement des frais réels de déplacement (pour maximum 2000 kilomètres par an, sauf si l'activité concerne le transport régulier de personnes).
- 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: