

Description de l'évolution de la situation du salarié sur son lieu de travail

Les soussignés certifient que les informations indiquées ci-dessus, ainsi que dans les pièces jointes, sont complètes, authentiques et exactes.

Signatures

| Assistant / Service d'assistance | Salarié (Tuteur le cas échéant) | Employeur |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------|
| Fait à | Fait à | Fait à |
| Le | Le | Le |

Ce formulaire dûment complété et signé, ainsi que les justificatifs sont à adresser par voie postale à « **ADEM – A l'attention de Mme la Directrice BP 2208 L-1022 LUXEMBOURG (HAMM)** » ou par voie électronique à info.inclusion@adem.etat.lu, au plus tard 1 mois après échéance du trimestre.

Réservé à l'ADEM

Date de réception de la déclaration trimestrielle :

Décision :

Acceptée Refusée

Si refus, date transmission du refus :