



# **BROCHURE D'ACCUEIL**

## CANDIDATS

**Pour militaires de carrière et réservistes**

# CONTENU

3

ACCUEIL

8

ADMINISTRATION

12

PROGRAMME TYPE  
DU PREMIER JOUR











# BIENVENUE À LA

# DÉFENSE !

## ACCUEIL

Nous vous souhaitons de tout cœur la bienvenue à la Défense et tenons d'ores et déjà à vous féliciter pour votre engagement. Vous êtes sur le point d'entamer le premier chapitre de votre vie militaire.

Cette brochure contient toutes les informations utiles concernant votre séjour au sein du centre de formation. Si après lecture de cette brochure, vous avez encore des questions, vous pouvez toujours contacter le numéro suivant : 0800 333 48.

Vous trouverez à la fin de la brochure une série de documents qui doivent être remis lors de l'incorporation. Lisez attentivement cette brochure, complétez soigneusement les documents et n'oubliez surtout pas de les apporter.

# VOTRE **INCORPORATION**

## **Jour de l'entrée en service**

Le jour de l'entrée en service, vous êtes attendu au centre de formation, à l'heure indiquée sur votre lettre de convocation. Vous serez reçu au local de garde et dirigé vers l'endroit précis où vous êtes attendu.

Vous êtes prié de vous présenter avec une coupe de cheveux courte et soignée (les oreilles et la nuque doivent être dégagées). Pour les candidats qui portent la barbe, celle-ci doit être taillée et entretenue correctement. Les femmes qui ont les cheveux longs doivent les relever en chignon. Les tatouages au niveau du cou, de la nuque, du visage et les piercings visibles ne sont pas autorisés.

## **Programme du jour de l'entrée en service**

Le premier jour comprend essentiellement :

1

L'**accueil** des candidats & **le contrôle administratif et médical**.

2

Les informations utiles concernant **le statut** du candidat.

3

La signature de **l'acte d'engagement** qui officialisera votre entrée à la Défense.

**Vous trouverez à la page 13 un programme type  
détaillé de votre première journée.**

Un programme distinct, comportant une allocution  
du responsable de la formation sera prévu pour  
l'accueil de votre famille, votre conjoint et vos  
proches.



# VOTRE FORMATION

## L'instruction (Phase d'Initiation militaire)

L'objectif de la Phase d'Initiation Militaire (PIM) est de permettre à un civil d'acquérir les connaissances de base d'un militaire grâce à une période d'instruction de 10 semaines (50 jours ouvrables) selon un régime d'internat du lundi matin au vendredi. Pour les réservistes, **à l'exception des militaires de l'année de service**, la PIM s'étend sur 2 semaines (10 jours ouvrables). La période d'instruction comprend une partie de cours théoriques, suivie d'une mise en pratique de la matière apprise.

Vous serez évalué tant sur les plans physique et professionnel que caractériel.



### Compétences physiques

Votre condition physique pendant la PIM n'a aucun impact statutaire sur la suite de la formation. Une épreuve de course (2.400 m) et une épreuve de stabilité (side bridge) chronométrées seront toutefois effectuées. Les instructeurs n'auront de cesse de vous encourager à améliorer votre condition physique, mais nous vous recommandons de continuer à vous préparer physiquement dans l'attente de votre incorporation

Certaines fonctions requièrent des tests physiques supplémentaires (par exemple : natation, tests de combat, piste d'obstacles, marche, course en tenue de combat). Avant d'entamer votre PIM, vous devez être à même d'atteindre les objectifs suivants



Nager 100 m  
sans s'arrêter



Courir 5Km en  
tenue de sport  
en 30min



Marcher 12 km avec un sac à dos  
de 15 kg à une vitesse de 4 km/h  
(5 km/h pour les Para-Commando et  
l'infanterie)



### Compétences professionnelles

Vous apprenez à exercer les compétences individuelles de base d'un soldat.



### Compétences caractérielles

Vous apprendrez :

A dépasser vos limites,

A vous comportez de manière responsable avec l'équipement et l'armement individuel ou collectif qui vous est confié et à l'entretenir

A adopter une attitude correcte en qualité de militaire, et ce, tant en milieu militaire qu'en milieu civil







# CENTRE DE FORMATION



## Internat

Pendant la formation de base, vous êtes tenu de loger à la caserne du lundi au vendredi

En principe, vous pourrez partir en week-end chaque vendredi, lorsque toutes les tâches et corvées auront été effectuées. Il sera tenu compte des transports en commun locaux. Vous êtes attendu à la caserne au plus tard le lundi matin. Il est possible de passer la nuit du dimanche au lundi à la caserne.

### Déroulement général d'une journée

|                      |                                                                    |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>05h45</b>         | Lever, toilette, rangement de la chambre                           |
| <b>06h30</b>         | Petit-déjeuner & rassemblement + appel                             |
| <b>07h30 - 08h00</b> | Début de l'instruction de l'avant-midi                             |
| <b>11h45</b>         | Repas de midi                                                      |
| <b>12h30 - 13h00</b> | Début de l'instruction de l'après-midi                             |
| <b>17h00</b>         | Repas du soir & programme de la soirée : instruction, étude, temps |
| <b>22h00</b>         | libre Appel + extinction des feux                                  |

*L'horaire susmentionné est donné à titre indicatif. Il peut varier selon le centre de formation*

*Le programme d'instruction est diffusé hebdomadairement*



## Téléphone

L'utilisation du téléphone portable est **UNIQUEMENT** autorisée à des fins pédagogiques pendant les périodes de pause, les soirées libres et en cas de situation familiale urgente



## Logement

Les chambres sont aménagées pour accueillir **QUATRE à DIX** personnes selon le centre de formation. Les candidates féminines disposent de chambres et de sanitaires séparés.



## Repas

Pendant l'instruction de base, vous devrez obligatoirement prendre tous vos repas au centre de formation.

Afin de couvrir les frais de nourriture de la première semaine, vous devez disposer d'un solde suffisant sur votre carte bancaire. Nous vous recommandons également de prévoir une petite somme de 50€ pour d'éventuelles petites dépenses. Nous attirons votre attention sur le fait que ce montant peut varier quelque peu selon le centre de formation. Pendant les exercices de longue durée sur le terrain, vous bénéficierez de repas gratuits.

# ADMINISTRATION

## Informations médicales et directives

### 1

#### Aptitude médicale

Lors de la sélection médicale de base, vous avez été déclaré apte à être militaire. Le jour de votre incorporation, le médecin du travail évalue de nouveau si vous êtes apte à l'entraînement (GO/NO GO). Si vous êtes déclaré inapte, il n'y a pas de recours possible. Complétez correctement les questionnaires médicaux et apportez toutes les attestations de guérison si vous avez rencontré des problèmes de santé depuis votre sélection. Sans ces attestations, le médecin pourra vous déclarer inapte.

### 2

#### Vaccination

La vaccination contre le tétanos est obligatoire pour l'entraînement. Apportez toutes les preuves de vaccinations, dans le cas contraire, vous serez à nouveau vacciné.





## Informations médicales et directives

1

### Acte d'engagement

A l'issue de votre visite chez le médecin du travail, vous signerez un contrat de travail

2

### Traitement

Votre traitement sera versé l'avant-dernier jour ouvrable du mois. Si vous êtes incorporé tard dans le mois, il se peut que votre salaire ne soit versé que le mois suivant. Si nécessaire, vous pouvez toutefois demander une avance sur salaire. Cette procédure vous sera expliquée peu après votre incorporation.

3

### Assurance maladie

Tous les militaires **DOIVENT** être assuré. L'assurance maladie obligatoire signifie que vous devez vous affilier à une mutualité. Il vous appartient de choisir votre mutualité

4

### Assurance hospitalisation

La Défense propose une assurance hospitalisation gratuite à son personnel d'active et une réduction de 50% pour les membres de la famille de l'ayant droit.

Si vous adhérez dans les 3 mois qui suivent votre entrée en service, vous n'aurez aucun stage d'attente à effectuer et vous serez immédiatement assuré, tout comme les membres de votre famille. L'assurance ne prend cours qu'après la signature du formulaire d'affiliation.

**PAS D'APPLICATION** pour les militaires de l'année de service.



## DOCUMENTS À APPORTER PAR LES CANDIDATS

Vous devez être muni de ces documents le jour de l'incorporation. Ils vous seront demandés durant le processus d'incorporation, ne les rangez donc pas dans votre sac de voyage ou votre valise.

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| Carte d'identité                            |  |
| Permis de conduire (si vous en possédez un) |  |

**Le fait de NE PAS être en possession de votre carte d'identité ou une attestation de perte de celle-ci le jour de l'incorporation peut entraîner le REJET de votre candidature**

|                                                                                                                                                             |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Déclaration médicale sur l'honneur dûment complétée                                                                                                         | Ann A, B, C |
| Numéro de compte bancaire à votre nom (obligatoire)<br>Pour les comptes à l'étranger, le numéro de compte IBAN et le BIC                                    | Ann D       |
| Numéros des registres nationaux de tous les membres du ménage (partenaire + enfants le cas échéant)                                                         | Ann D       |
| Questionnaire individuel                                                                                                                                    | Ann D       |
| Attestation scolaire : une attestation du dernier établissement scolaire fréquenté mentionnant la date de fin d'études si celle-ci remonte à plus de 4 mois | Ann E       |

## MATÉRIEL À EMPORTER PAR LES CANDIDATS

|                                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Des vêtements civils corrects (adaptés aux conditions météorologiques) pour au moins 3 jours.<br>Pas de training.                                                                                        |  |
| Des sous-vêtements en suffisance pour une semaine et des cintres.                                                                                                                                        |  |
| Pour les femmes : élastiques à cheveux (noirs ou kakis).                                                                                                                                                 |  |
| Nécessaire de toilette : gant de toilette, serviettes (grandes et petites), trousse de toilette (le tout de couleurs foncées), savon, dentifrice, pas d'utilisation de rasoir électrique sur le terrain. |  |
| TROIS cadenas à combinaison (diamètre min 3mm – diamètre max 8mm).                                                                                                                                       |  |
| Vêtements de sport, chaussures de sport pour sports d'intérieur (semelles blanches ou non marquantes) + chaussures de course.                                                                            |  |
| Sandales pour la douche.                                                                                                                                                                                 |  |





**Remarque :**

En tant que personnel de la Défense, vous disposerez mensuellement d'une **indemnité de tenue de 80.27 euros**.

Cette somme est mise à disposition pour vous permettre d'acheter du matériel et de l'équipement soit via le [bemilshop.be](https://bemilshop.be) (magasin en ligne réservé au personnel de la Défense) soit via les magasins civils.



# PROGRAMME TYPE DU PREMIER JOUR





| TIMING               | QUI ?                          | QUOI ?                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08h00 – 11h45        | Les candidats et leur famille* | <p>Accueil et mot de bienvenue.</p> <p>Courte présentation de la formation par le Chef de peloton.</p> <p>Présentation de la formation et de l'Unité aux familles ou aux accompagnateurs. Informations HR4U pour les candidats. Visite médicale pour les candidats.</p> |
| 12h00                | Les candidats et leur famille  | Départ des accompagnants.                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>12h30 – 13h00</b> | <b>Les candidats</b>           | <b>Lunch</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 13h00 – 17h15        | Les candidats                  | <p>Formalités administratives.</p> <p>Prise de mesure pour l'uniforme et le matériel.</p> <p>Fin des activités pour les militaires de réserves</p>                                                                                                                      |
| <b>18h00 – 18h30</b> | <b>Les candidats</b>           | <b>Souper</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 18h30 – 21h25        | Les candidats*                 | Briefing d'accueil, règle de vie & règlement d'ordre intérieur. Installation en chambre.                                                                                                                                                                                |

\* Uniquement pour les militaires actifs et les militaires de l'année de service

*Ce programme peut varier selon le centre de formation que vous intégrez.*

### Contact

En cas de questions, tu peux toujours contacter le numéro suivant :

**0800/333.48 ( du lundi au vendredi de 09h - 12h et de 13h - 16h )**

ou via le service d'assistance externe de la Défense :

**[contact@mil.be](mailto:contact@mil.be)**



LA DEFENSE

.be

Éditeur responsable : LtGen Esser Thierry - Direction Générale des Ressources Humaines



# VOTRE CENTRE DE FORMATION



**“Bataillon Fusiliers Réserve Territorial”**

**3e Compagnie**

à Peutie – Quartier Major Housiau

# CONTACTER LE CENTRE DE FORMATION



## Adresse

Quartier Major Housiau

Martelarenstraat 181, 1800 Peutie



## Téléphone

Jusqu'au jour de l'incorporation, vous pouvez toujours adresser toutes vos questions au centre de contact de la Défense :

**0800/333.48**

A partir du jour de l'incorporation, vous aurez également la possibilité de contacter le centre de formation au numéro suivant :

Bureau Adjudant d'Unité 3e compagnie : **02/44 256 76**



## E-mail Centre de formation

Gestion candidats : [bnchchip-sqn-f-srt@mil.be](mailto:bnchchip-sqn-f-srt@mil.be)



## E-mail Service d'assistance externe de la Défense

[contact@mil.be](mailto:contact@mil.be)

### IMPORTANT

En cas de problème (maladie, impossibilité de rejoindre votre unité, arrivée tardive, ...), n'hésitez pas à prendre contact.



# COMMENT REJOINDRE LE CENTRE DE FORMATION ?



## En voiture

### 1 Via la E42 (Namur-Bruxelles)

Suivre R0 (Ring Bxl) direction Anvers,  
sortie vers E19 direction Anvers/  
Malines  
Sortie 12 Vilvorde/Peutie

### 2 Via la E40 (Liège-Bruxelles)

Suivre R0 (Ring Bxl) direction Anvers,  
sortie vers E19 direction Anvers/ Malines  
Sortie 12 Vilvorde/Peutie



## En train

### 1 Ligne Bruxelles - Malines - Anvers - [www.Belgiantrain.be](http://www.Belgiantrain.be)

### 2 Gare de Vilvorde

### 3 Puis, marchez 3,5 km jusqu'au quartier. Il est préférable de prendre le bus.

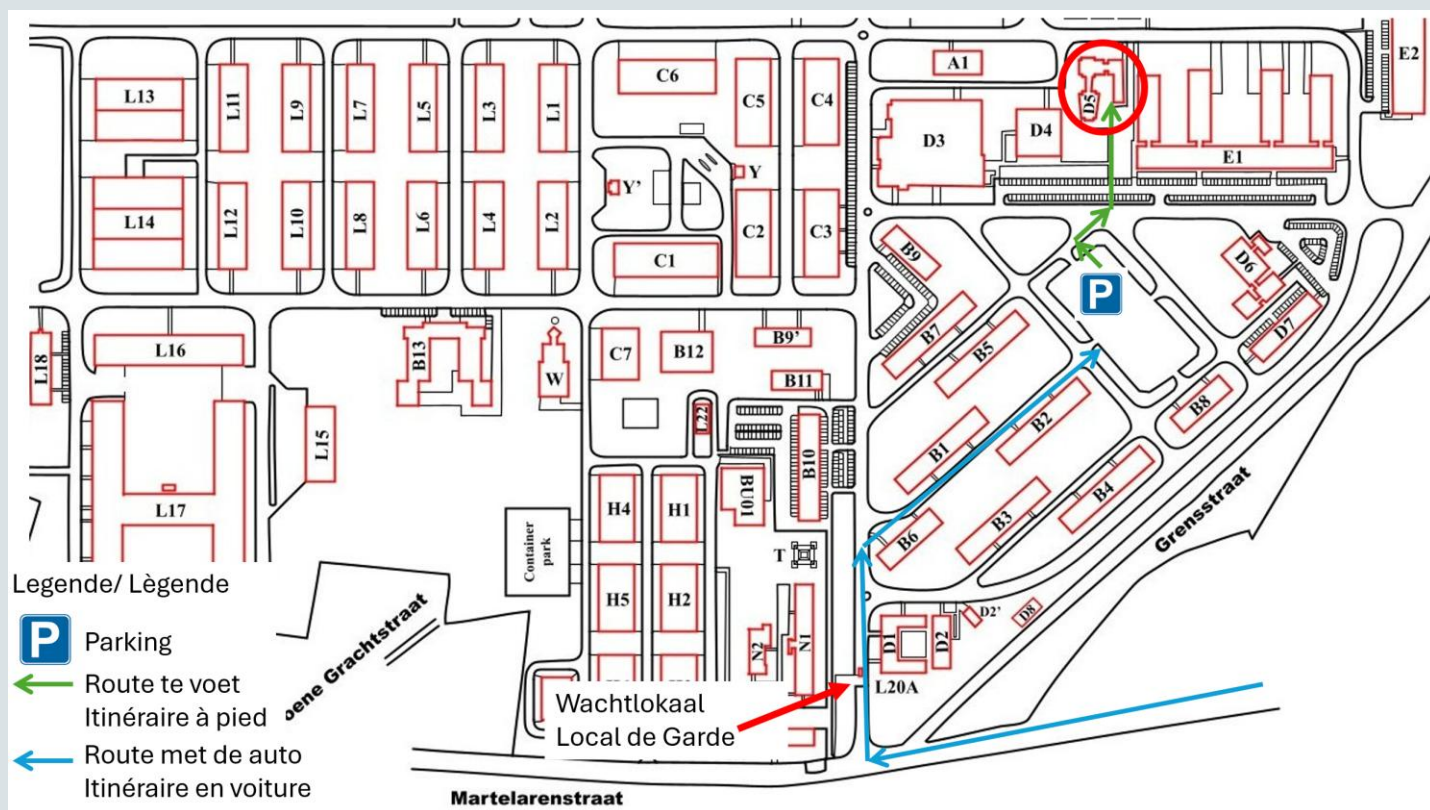


## En bus

### 1 Ligne 28 vers Perk/Malines. Halte Peutie Militaire Complexe

### 2 Fréquence: toutes les 30 min. Durée du trajet: 10 min

# PLAN DU QUARTIER



## Internat

Pendant la formation de base, vous êtes tenu de loger à la caserne du lundi au vendredi. Pendant l'instruction de base, vous devrez obligatoirement prendre tous vos repas au centre de formation.

Pour couvrir les frais de nourriture durant la première semaine, veuillez prévoir environ 50 €. Le paiement se fait uniquement par carte bancaire.



## Prix des repas

Paiement uniquement par carte bancaire

Petit-déjeuner : €3,50

Repas de midi : €6

Repas du soir : €3,50 (Froid) ou €4,50 (Chaud)



# PROGRAMME DU PREMIER JOUR

| <u>Timing</u> | <u>Activité</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0800-0900     | <p>Vous pouvez garer votre voiture sur le parking à côté de la caserne</p> <p>Important : il est important d'apporter tous les documents nécessaires à votre enrôlement.</p> <p>Présentez-vous à l'entrée de la caserne muni(e) de votre carte d'identité. Un superviseur de formation vous y accueillera.</p> |
| 0900-1000     | <p>Accueil au bloc D5</p> <p>Bienvenue aux candidats et à leurs parents, briefing</p>                                                                                                                                                                                                                          |
| 0900-1200     | <p>Votre enrôlement commence par des formalités administratives et une visite chez le médecin du travail.</p>                                                                                                                                                                                                  |
| 0900-1200     | <p>Vos parents et proches visiteront le quartier.</p> <p>Après, les parents quitteront le quartier.</p>                                                                                                                                                                                                        |
| 1230-1330     | <p>Contact avec le ménage – deuxième repas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 1330-1730     | <p>Signature de l'acte d'engagement, Séance d'information pour les candidats</p>                                                                                                                                                                                                                               |
| 1730-1830     | <p>Troisième repas</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 1830-1950     | <p>Information sur les règles de vie au quartier et le système d'internat.</p> <p>Exercice incendie.</p>                                                                                                                                                                                                       |
| 1950          | <p>Fin de journée.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

# VOTRE INCORPORATION

Afin de nous permettre d'organiser au mieux votre incorporation et de garantir son bon déroulement, nous vous prions de bien vouloir compléter le tableau ci-dessous et le renvoyer à l'adresse

[www.bnchchjp-sqn-f-srt@mil.be](mailto:www.bnchchjp-sqn-f-srt@mil.be) avant le 19 Août 2026.

Les chiens ne sont pas autorisés à la caserne.

| <u>Données personnelles</u>                      |   |   |   |    |
|--------------------------------------------------|---|---|---|----|
| Nom                                              |   |   |   |    |
| Prénom                                           |   |   |   |    |
| Date de naissance                                |   |   |   |    |
| Numéro de téléphone                              |   |   |   |    |
| Régime alimentaires                              |   |   |   |    |
| Allergies                                        |   |   |   |    |
| E-mail                                           |   |   |   |    |
| Permis (biffer mention inutile)                  | B | C | D | CE |
| <u>Accompagnement le jour de l'incorporation</u> |   |   |   |    |
| Nombre d'accompagnant<br>(Max. 2)                |   |   |   |    |
| Nom des accompagnants                            |   |   |   |    |
| Modèle du véhicule                               |   |   |   |    |
| N° d'immatriculation                             |   |   |   |    |



# ANNEXES

**(Documents à imprimer uniquement en recto)**

*A compléter et à remettre à l'unité le jour de l'incorporation. Dans une enveloppe double scellée avec la mention « Secret Médical ». La remise d'une fausse déclaration entraîne irrévocablement un licenciement pour faute grave.*

## DÉCLARATION MÉDICALE

Mod BMG7-1

### DECLARATION CONCERNANT LA SITUATION MEDICALE

**Je soussigné,**

**NOM** (en caractères d'imprimerie) .....

**Prénom** (en entier) .....

**N° national** .....

**Date de naissance** (jour, mois, année) .....

**Lieu de naissance** (commune, pays) .....

**certifie sur l'honneur** que, depuis que j'ai été déclaré médicalement apte à l'examen médical relatif à l'aptitude médicale,

- |                                                         |     |                    |
|---------------------------------------------------------|-----|--------------------|
| - j'ai été victime d'un accident avec lésion corporelle | oui | non <sup>(1)</sup> |
| - j'ai été malade                                       | oui | non <sup>(1)</sup> |
| - j'ai fait enlever un tatouage                         | oui | non <sup>(1)</sup> |

Dans le cas où l'UNE des déclarations est répondue par "oui", l'annexe de la présente déclaration doit être complétée et, le cas échéant, une attestation médicale ou une déclaration du médecin traitant (avec des résultats d'examens complémentaires éventuels) doit y être ajoutée.

**Je sais** que mon engagement peut être résilié d'office et sans préavis si celui-ci a été accepté sur la base d'une fausse déclaration de ma part.

Signature du postulant

Date : .....

(1) Biffer la mention inutile

**SECRET MEDICAL**

Mod BMG7-2

## ANNEXE A LA DECLARATION CONCERNANT LA SITUATION MEDICALE

**Je soussigné,****NOM** (en caractères d'imprimerie) .....**Prénom** (en entier) .....**N° national** .....**Date de naissance** (jour, mois, année) .....**Lieu de naissance** (commune, pays) .....

**certifie** que, depuis que j'ai été déclaré médicalement apte à l'examen médical relatif à l'aptitude médicale, j'ai été la victime d'un accident / maladie / j'ai fait enlever un tatouage <sup>(1)</sup>.

Date / période : .....

Description : .....

Lésions / douleurs : .....

Traitement : .....

.....

**Je crois** qu'en ce moment <sup>(1)</sup>

- je suis guéri complètement

- j'ai encore les lésions / douleurs suivantes : .....

J'ajoute .....attestation(s) médicale(s)

Signature du postulant

Date : .....

(1) Biffer la mention inutile



**QUESTIONNAIRE SUR VOTRE SANTE AVANT L'INCORPORATION**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

OUI

NON

Est-ce que des changements sont survenus sur le plan médical depuis votre dernière évaluation de santé à la Défense ? (Sélection médicale de base)

Avez-vous eu une maladie ou affection sérieuse ou chronique (= de longue durée) et en souffrez-vous encore ?

Si la réponse est oui, précisez quelle affection ou maladie :

Avez-vous ou avez-vous eu (dans le passé) une des affections suivantes ?

Asthme ?

Epilepsie ?

Diabète ?

Hypertension ?

Souffle au cœur, troubles du rythme ou autre problème cardiaque ?

Affection mentale ou psychiatrique ?

Avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ?

Si la réponse est oui, précisez quelle(s) intervention(s) chirurgicale(s) :

Avez-vous eu ou avez-vous des fractures, des pathologies articulaires, ligamentaires et/ou musculaires qui s'aggravent ou vous limitent lors de la pratique d'activités physiques ou de sport ?

Si la réponse est oui, précisez quels fractures, pathologies articulaires, ligamentaires et/ou musculaires :

## SECRET MEDICAL

## ANNEXE C

|                                                                                                                       | OUI | NON |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Etes-vous allergique ou avez-vous eu une réaction de type allergique ?                                                |     |     |
| Si la réponse est oui, précisez quelle(s) allergie(s) :                                                               |     |     |
| Prenez-vous des médicaments ?                                                                                         |     |     |
| Avez-vous pris au cours de l'année passée des médicaments de manière prolongée ?                                      |     |     |
| Si la réponse est oui, précisez quels médicaments :                                                                   |     |     |
| Ne pouvez-vous plus réaliser certaines choses du fait de votre état de santé ?                                        |     |     |
| Vous a-t-on dit un jour que vous deviez arrêter de pratiquer un sport ?                                               |     |     |
| Avez-vous déjà perdu connaissance pendant ou après un effort ?                                                        |     |     |
| Ressentez-vous parfois une oppression ou une douleur à la poitrine ?                                                  |     |     |
| Etes-vous anormalement fatigué après un effort ?                                                                      |     |     |
| Un membre de votre famille a-t-il un pacemaker, un défibrillateur implantable ou subi une transplantation cardiaque ? |     |     |
| Un membre de votre famille âgé de moins de 50 ans est-il décédé brutalement ?                                         |     |     |
| Un membre de votre famille a-t-il souffert d'une maladie cardiaque avant l'âge de 50 ans ?                            |     |     |
| Y-a-t-il des maladies héréditaires dans votre famille ?                                                               |     |     |
| Quel métier ou quel travail avez-vous exercé auparavant ?                                                             |     |     |

**Je confirme que ce questionnaire a été rempli de manière sincère et complète.**

Date :

Signature

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS à renvoyer par mail**  
**(AU PLUS TARD DANS LES 5 JOURS ouvrables qui précèdent la date d'incorporation)**  
[\(bnchchjp-hr4u@mil.be\)](mailto:bnchchjp-hr4u@mil.be)  
**- Format PDF ou JPEG Information**

TOUTES LES RUBRIQUES DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

NOM : .....

Prénom : .....

N° National :  .  .  -  .

Date de naissance :  /  /

Lieu de naissance : ..... Pays de naissance : .....

N° carte d'identité :  -  -

Sexe : M / F \*

Nationalité : .....

Etat civil : .....

**(si vous êtes séparé ou divorcé, veuillez prendre avec vous 1'extrait d'acte de mariage et l'extrait d'acte de divorce ou de séparation et compléter la page 2)**

Adresse : Rue : .....

N° :  Boîte :

Code postal :

Commune : .....

Adresse Mail : .....

N° Tel fixe :  /

N° GSM :  0 4  /

N° compte IBAN  B  E

**A VOTRE NOM !**

Code BIC :

Mutuelle : Vous êtes : TITULAIRE / A charge de vos parents \*

Hospitalisation : Êtes-vous couvert par une assurance hospitalière? OUI - NON \*

Si Oui : Depuis quand : .....

Nom de la compagnie d'assurance : .....

N° de police : .....

Véhicule : Marque .....  
 Modèle .....  
 Couleur .....  
 N° plaque .....

Permis Nr:

Automatique - Manuel \*

B: OUI - NON

C: OUI - NON

CE: OUI - NON

D: OUI - NON

(Données concernant la famille au verso)

**\* (Biffer la mention inutile)**



**DONNÉES SUR LA FAMILLE :****1. Conjoint et/ou cohabitant(e) : Nous transmettre une composition de ménage !)**

NOM : .....

Prénom : .....

N° National : 







 . 







 . 







 - 











 . 







Date de naissance : 







 / 







 / 





















Lieu de naissance : .....

Date de mariage ou de cohabitation : ..... Date de séparation ou divorce : .....

S'agit-il d'une cohabitation légale ? OUI - NON \*

Profession : ..... Nom

et adresse de l'employeur : ..... Votre

conjoint a-t-il des revenus ? OUI - NON \*

**2. Enfants**

1.

NOM : .....

Prénom : .....

N° National : 







 . 







 . 







 - 











 . 







Date de naissance : 







 / 







 / 





















Lieu de naissance : .....

2.

NOM : .....

Prénom : .....

N° National : 







 . 







 . 







 - 











 . 







Date de naissance : 







 / 







 / 





















Lieu de naissance : .....

3.

NOM : .....

Prénom : .....

N° National : 







 . 







 . 







 - 











 . 







Date de naissance : 







 / 







 / 





















Lieu de naissance : .....

**\* (Biffer la mention inutile)**

**Personnes de contact**

Empl ID: /

Nom: .....

**MINIMUM 2 CONTACTS PAR ORDRE DE PREFERENCE !****1<sup>e</sup> contact**

|                                                                                                                            |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Nom et prénom</b>                                                                                                       |                                                |
| <b>Relation</b> (Père, Mère, Frère, Soeur, Epoux(se), Grand-Père, Grand-Père, partenaire (Légal), sans lien de famille...) |                                                |
| <b>Adresse</b>                                                                                                             | Identique à la mienne <input type="checkbox"/> |
| Si l'adresse n'est pas la même (rue, numéro, boîte postale, code postal et commune)                                        |                                                |
| <b>Gsm nr</b>                                                                                                              |                                                |
| <b>Telephone nr</b>                                                                                                        |                                                |

**2<sup>e</sup> contact**

|                                                                                                                            |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Nom et prénom</b>                                                                                                       |                                                |
| <b>Relation</b> (Père, Mère, Frère, Soeur, Epoux(se), Grand-Père, Grand-Père, partenaire (Légal), sans lien de famille...) |                                                |
| <b>Adresse</b>                                                                                                             | Identique à la mienne <input type="checkbox"/> |
| Si l'adresse n'est pas la même (rue, numéro, boîte postale, code postal et commune)                                        |                                                |
| <b>Gsm nr</b>                                                                                                              |                                                |
| <b>Telephone nr</b>                                                                                                        |                                                |

**3<sup>e</sup> contact**

|                                                                                                                            |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Nom et prénom</b>                                                                                                       |                                                |
| <b>Relation</b> (Père, Mère, Frère, Soeur, Epoux(se), Grand-Père, Grand-Père, partenaire (Légal), sans lien de famille...) |                                                |
| <b>Adresse</b>                                                                                                             | Identique à la mienne <input type="checkbox"/> |
| Si l'adresse n'est pas la même (rue, numéro, boîte postale, code postal et commune)                                        |                                                |
| <b>Gsm nr</b>                                                                                                              |                                                |
| <b>Telephone nr</b>                                                                                                        |                                                |

Datum / Date:

Handtekening / Signature

.....

## ATTESTATION SCOLAIRE

Pécule de vacances

Je soussigné(e) .....

directeur/directrice de .....

déclare que.....(Nom & Prénom)

Né(e) le ..... à .....

A suivi régulièrement les cours pendant l'année scolaire ..... / .....

L'intéressé(e) a quitté l'école à titre définitif à la date du .....

Fait le ..... à .....

Cachet de l'établissement

Nom & signature



## **CERTIFICAT À PRODUIRE PAR UN POSTULANT CANDIDAT MILITAIRE MINEUR NON ÉMANCIPÉ**

Je soussigné, bourgmestre de la commune de .....

Province de .....

Pays .....

certifie que le (la) nommé(e) (NOM, prénoms) .....

né(e) à (commune, pays) .....

le (jour, mois, année) .....

- est belge / est ressortissant d'un état membre de l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse <sup>(1)</sup>;

- est inscrit pour la milice <sup>(2)</sup> à (commune, pays) .....

- exerce la profession de .....

- a eu sa dernière résidence à (rue) ....., (N°) .....

.....(commune)

.....(province)

.....(pays)

- est célibataire / marié(e) / veuf (veuve) / divorcé(e);

- avec / sans enfants;

- que le (la) (les) nommé(e)(s) .....

qui exerce(nt) à son égard l'autorité parentale s'est (se sont) présenté(e)(s) devant lui et a (ont) déclaré consentir à l'engagement volontaire du postulant.

En foi de quoi, il (elle) (ils) a (ont) signé en ma présence (ou) a (ont) apposé une croix après avoir déclaré ne pas savoir signer <sup>(1)</sup>.

Signature

Fait à ..... le.....

Le Bourgmestre

(1) Biffer les mentions inutiles

(2) Pour le candidat âgé de 17 ans au moins ou qui atteindra cet âge au cours de l'année.