

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

**ATTESTATION DE CONTRAT D'APPRENTISSAGE POUR DES PROFESSIONS  
EXERCEES PAR DES TRAVAILLEURS SALARIES.**

A remettre sans délai à votre organisme assureur

Le soussigné.....  
agissant au nom de l'entreprise.....  
.....  
rue..... n°.....  
n°O.N.S.S. ....déclare que le (la) nommé(e)  
.....  
domicilié(e) à .....  
rue..... n°.....  
a été occupé(e) au cours de l'année civile 2....., en qualité d'apprenti dont le contrat d'apprentissage  
relève du champ d'application de la loi du 19 juillet 1983 sur l'apprentissage de professions exercées  
par des travailleurs salariés.

Numéro Registre National	
--------------------------	--

Les prestations de l'apprenti s'élèvent par trimestre à :

Trimestre	Jours de travail	Heures de travail
1		
2		
3		
4		
<b>Total</b>		

Signature