

# FORMULAIRE DE DEMANDE

## DIMINUTION DE TEMPS DE TRAVAIL COMPLET OU PARTIEL

### I. À compléter par le membre du personnel

Nom et prénom : .....

Numéro national : .....

Il s'agit :

- une nouvelle demande<sup>1</sup>  
 une prolongation<sup>2</sup>

#### 1. Temps partiel (hors interruption de carrière)

Je choisis le régime suivant<sup>3</sup> :

- Semaine de quatre jours avec prime (pour membre du personnel statutaire ou contractuel)  
Date de début de la période de la semaine de quatre jours: 01 / .. / ....  
Durée de la période de la semaine de quatre jours (min. 3 mois, max. 24 mois) : .. mois
- Semaine de quatre jours sans prime (pour membre du personnel statutaire ou contractuel)  
Date de début de la période de la semaine de quatre jours: 01 / .. / ....  
Durée de la période de la semaine de quatre jours (min. 3 mois, max. 24 mois) : .. mois
- Semaine de quatre jours 50/55+ (pour membre du personnel statutaire)  
Date de début de la période de la semaine de quatre jours: 01 / .. / ....  
Durée de la période de la semaine de quatre jours (min. 3 mois, max. 24 mois) : .. mois
- Travail à mi-temps 55+ (pour membre du personnel statutaire)  
Date de début de la période du travail à mi-temps: 01 / .. / ....  
 Je renonce à la perception de la prime.
- Prestations réduites pour convenances personnelles (pour membre du personnel statutaire)  
Date de début de la période des prestations réduites: 01 / .. / ....  
Durée de la période (min. 3 mois, max. 24 mois) : .. mois
- Congé parental (non rémunéré) à temps partiel  
Période : du .. / .. / .... au .. / .. / .... inclus  
Nom, prénom et numéro national de l'enfant pour lequel le congé parental est demandé :  
.....

Je réduis mes prestations de<sup>4</sup> :

- 1/2                                       1/4                                       1/10  
 1/3                                       1/5

Si temps partiel, merci de compléter l'horaire dans la rubrique II.

<sup>1</sup> Demande à introduire au moins deux mois avant le début de la période de congé, à moins que le service n'accepte un délai plus court.

<sup>2</sup> Demande à introduire au moins un mois avant le début de la période de congé

<sup>3</sup> Cocher la case qui convient

<sup>4</sup> Cocher la case qui convient

## 2. Interruption de carrière

N'oubliez pas de compléter votre demande d'interruption de carrière **en ligne** lorsque vous recevez le lien dans votre mail de confirmation.

Faites votre choix entre régime A, B, C ou D :

A  *interruption de la carrière – régime général*

Période : du .. / .. / .... au .. / .. / .... inclus

Régime de travail : **statutaire**

interruption complète de la carrière

réduction des prestations de travail de 50 %

**contractuel**

interruption complète de la carrière

réduction des prestations de travail de 50 %

réduction des prestations de travail de 1/5

réduction des prestations de travail de 1/4

réduction des prestations de travail de 1/3

**Contractuel → dans le cadre du régime de fin de carrière (à partir de 55 ans)  OUI  NON**

B  *interruption de la carrière pour congé parental*

Période : du .. / .. / .... au .. / .. / .... inclus

Régime de travail :  interruption complète de la carrière

réduction des prestations de travail de 50 %

réduction des prestations de travail de 1/5

réduction des prestations de travail de 1/10

Nom, prénom et numéro national de l'enfant pour lequel le congé parental est demandé :

.....

Je choisis la prise<sup>5</sup>

classique

flexible

C  *interruption de la carrière pour assistance médicale- joindre l'attestation médicale<sup>6</sup>*

Période : du .. / .. / .... au .. / .. / .... inclus

Régime de travail :  interruption complète de la carrière

réduction des prestations de travail de 50 %

réduction des prestations de travail de 1/5

Nom, prénom et numéro national de la personne pour laquelle l'assistance médicale est demandée :

.....

Lien avec la personne pour laquelle l'assistance médicale est demandée (par ex. ma mère, mon fils...) :

.....

Je choisis la prise<sup>7</sup>

classique

flexible

D  *interruption de la carrière pour soins palliatifs – joindre l'attestation médicale<sup>8</sup>*

Période : du .. / .. / .... au .. / .. / .... inclus

Régime de travail :  interruption complète de la carrière

réduction des prestations de travail de 50 %

réduction des prestations de travail de 1/5

Nom, prénom et numéro national de la personne pour laquelle les soins palliatifs sont demandés :

.....

<sup>5</sup> Information ici : <https://bosa.belgium.be/fr/themes/travailler-dans-la-fonction-publique/temps-de-travail-conges-et-absences/reduction-du-10#anchor-4>

<sup>6</sup> Demande à introduire la semaine qui précède celle au cours de laquelle la période de congé débute.

<sup>7</sup> Information ici : <https://bosa.belgium.be/fr/themes/travailler-dans-la-fonction-publique/temps-de-travail-conges-et-absences/reduction-du-10#anchor-4>

<sup>8</sup> Demande à introduire la semaine qui précède celle au cours de laquelle la période de congé débute, à moins que le service n'accepte un délai plus court.

E  **interruption de la carrière pour aidants proches – joindre l’attestation de la reconnaissance comme aidant proche<sup>9</sup>**

Période : du .. / .. / .... au .. / .. / .... inclus

Régime de travail :  interruption complète de la carrière

réduction des prestations de travail de 50 %

réduction des prestations de travail de 1/5

Nom, prénom et numéro national de la personne pour laquelle le congé pour aidants proches est demandé :

.....

**Dans le cas d’une interruption de la carrière à temps partiel →** Merci de compléter l’horaire dans la rubrique II.

**3. Absence de longue durée pour raisons personnelles (pour membre du personnel statutaire)**

Pour la période (6 mois au moins et 4 ans au plus) :

**Vous pouvez fractionner ce congé en plusieurs périodes mais chacune d’entre elles doit durer minimum six mois. Il est cependant possible par dérogation de demander jusqu’à six fois une absence d’un mois.**

Du .././.... au .././.... inclus

**Conséquences :**

- Position administrative: Non activité
- Droit au traitement: Non
- Réduction crédit de maladie: Oui
- Réduction congé annuel: Oui

**4. Congé parental à temps plein (non rémunéré)**

Période : du .. / .. / .... au .. / .. / .... inclus

Nom, prénom et numéro registre national de l’enfant pour lequel le congé parental est demandé :

.....

<sup>9</sup> Information ici :

<https://bosa.belgium.be/fr/themes/travailler-dans-la-fonction-publique/temps-de-travail-conges-et-absences/reduction-du-10>

## 5. Congé d'adoption

Je choisis le régime suivant<sup>10</sup>:

A  Congé d'adoption – système du secteur public<sup>11</sup> (statutaires, stagiaires, mandataires, contractuels)

Période: du .... / ..... / .... au .... / ..... / ..... inclus

Il s'agit d'une adoption simultanée de plusieurs enfants<sup>12</sup> ?  OUI  NON

Nom, prénom et numéro registre national de l'enfant (ou enfants) pour le(s)quel(s) le congé d'adoption est demandé :

.....

Date de la prise en cours de l'adoption de l'enfant (ou enfants) par votre famille : ...../...../.....

Enfant(s) handicapé(s)<sup>13</sup> ?  OUI  NON

La famille adoptive se compose de deux parents adoptifs<sup>14</sup>?  OUI  NON

Si oui → veuillez ajouter en annexe une déclaration sur l'honneur concernant la répartition mutuellement pour les semaines supplémentaires du congé d'adoption.

Il s'agit d'un congé d'adoption au préalable de la date de l'adoption de l'enfant par votre famille<sup>15</sup> ?

OUI  NON

Si OUI → veuillez ajouter en annexe une attestation du service central compétent de la Communauté confirmant que l'enfant vous a été attribué.

Si NON → veuillez ajouter en annexe une attestation confirmant l'inscription de l'enfant au registre de la population ou au registre des étrangers. (= ainsi d'application pour prendre le congé d'adoption restant s'il y avait un congé d'adoption déjà pris avant la date de l'adoption de l'enfant par votre famille)

J'ai déjà bénéficié d'un congé d'accueil pour le même enfant ou j'introduis la demande pour congé d'adoption<sup>16</sup>?  OUI  NON

Si OUI → période: du .... / ..... / .... au .... / ..... / ..... inclus

J'adopte un enfant en tant que "coparente"<sup>17</sup> ?  OUI  NON

Si OUI →  J'ai déjà pris un congé de circonstance pour l'enfant pour lequel j'introduis la demande pour congé d'adoption<sup>18</sup> :  OUI  NON

Si OUI → période: du .... / ..... / .... au .... / ..... / ..... inclus

SI OUI →  J'ai déjà pris un congé de naissance pour l'enfant pour lequel j'introduis la demande pour congé d'adoption<sup>19</sup> :  OUI  NON

Si OUI → période: du .... / ..... / .... au .... / ..... / ..... inclus

---

<sup>10</sup> Cocher la case qui convient

<sup>11</sup> Information ici [Congé d'adoption – système du secteur public](#)

<sup>12</sup> Cocher la case qui convient

<sup>13</sup> Cocher la case qui convient

<sup>14</sup> Cocher la case qui convient

<sup>15</sup> Cocher la case qui convient

<sup>16</sup> Cocher la case qui convient

<sup>17</sup> Uniquement à remplir si d'application - Cocher la case qui convient

<sup>18</sup> Cocher la case qui convient

<sup>19</sup> Cocher la case qui convient

B  Congé d'adoption – système du secteur privé<sup>20</sup> (contractuels)

Période: du .... / ..... / .... au .... / ..... / ..... inclus

Date de la prise en cours de l'adoption de l'enfant (ou enfants) par votre famille : ...../...../.....

Enfant(s) handicapé(s)<sup>21</sup> ?  OUI  NON

Il s'agit d'une adoption simultanée de plusieurs enfants mineurs<sup>22</sup> ?  OUI  NON

Nom, prénom et numéro registre national de l'enfant (ou enfants) pour le(s)quel(s) le congé d'adoption est demandé :

.....

La famille adoptive se compose de deux parents adoptifs<sup>23</sup> ?  OUI  NON

Si OUI → veuillez ajouter en annexe une déclaration sur l'honneur concernant la répartition mutuellement pour les semaines supplémentaires du congé d'adoption

**6. Congé d'accueil**<sup>24</sup>

Période: du .... / ..... / .... au .... / ..... / ..... inclus

Date de l'accueil de l'enfant par votre famille : ...../...../.....

Nom, prénom et numéro registre national de l'enfant pour lequel le congé d'accueil est demandé :

.....

→ Veuillez ajouter en annexe la preuve de la qualité de parent d'accueil.

Enfant handicapé<sup>25</sup> ?  OUI  NON

J'ai déjà pris au cours de la même année un congé pour soins d'accueil pour l'enfant pour lequel j'introduis la demande pour congé d'accueil<sup>26</sup> ?

OUI  NON

Si OUI → période: du .... / ..... / .... au .... / ..... / ..... inclus

---

<sup>20</sup> Information ici [Congé d'adoption - système du secteur privé](#)

<sup>21</sup> Cocher la case qui convient

<sup>22</sup> Cocher la case qui convient

<sup>23</sup> Cocher la case qui convient

<sup>24</sup> Information ici [Congé d'accueil](#)

<sup>25</sup> Cocher la case qui convient

<sup>26</sup> Cocher la case qui convient

## 7. Congé parental d'accueil

Je choisis le régime suivant<sup>27</sup>:

A  Congé parental d'accueil – système du secteur public<sup>28</sup> (statutaires, stagiaires, mandataires, contractuels)

Période: du .... / ..... / .... au .... / ..... / ..... inclus

Il s'agit d'un placement simultané de plusieurs enfants<sup>29</sup> ?  OUI  NON

Nom, prénom et numéro registre national de l'enfant (ou enfants) pour le(s)quel(s) le congé parental d'accueil est demandé :

.....

Date de l'enregistrement dans le registre de la population de l'enfant (ou enfants) : ...../...../.....

→ Veuillez ajouter en annexes la preuve de l'enregistrement dans le registre de la population et la preuve de la désignation comme parent d'accueil

Enfant(s) handicapé(s)<sup>30</sup> ?  OUI  NON

La famille d'accueil se compose de deux parents d'accueil<sup>31</sup>?  OUI  NON

Si oui → veuillez ajouter en annexe une déclaration sur l'honneur concernant la répartition mutuellement pour les semaines supplémentaires du congé parental d'accueil.

B  Congé parental d'accueil – système du secteur privé <sup>32</sup> (contractuels)

Période: du .... / ..... / .... au .... / ..... / ..... inclus

Il s'agit d'un placement simultané de plusieurs enfants<sup>33</sup> ?  OUI  NON

Nom, prénom et numéro registre national de l'enfant (ou enfants) pour le(s)quel(s) le congé parental d'accueil est demandé :

.....

Date de l'enregistrement dans le registre de la population de l'enfant (ou enfants) : ...../...../.....

→ Veuillez ajouter en annexes la preuve de l'enregistrement dans le registre de la population et la preuve de la désignation comme parent d'accueil

Enfant(s) handicapé(s)<sup>34</sup> ?  OUI  NON

---

<sup>27</sup> Cocher la case qui convient

<sup>28</sup> Information ici [Congé parental d'accueil \(système du secteur public\)](#)

<sup>29</sup> Cocher la case qui convient

<sup>30</sup> Cocher la case qui convient

<sup>31</sup> Cocher la case qui convient

<sup>32</sup> Information ici [Congé parental d'accueil \(système du secteur privé\)](#)

<sup>33</sup> Cocher la case qui convient

<sup>34</sup> Cocher la case qui convient

## 8. Prestations réduites pour maladie

Pour les contractuels : il faut joindre l'accord de la mutuelle avec l'horaire validé dans un ticket PersoContact (SAGO). Cela n'est pas dans ce formulaire.

Pour les stagiaires, statutaires et mandataires :

L'accord de Medex doit être parvenu via l'Ebox employeur. Vous devez avoir déjà passé la visite chez Medex.

Faites votre choix entre régime A, B ou C:

A  Prestations réduites pour réintégration (trajet court)<sup>35</sup> (total maximum = 4 mois)

Période : du .. / .. / .... au .. / .. / .... inclus

Régime de travail :  Reprise de travail à 80 %

Reprise de travail à 60%

Reprise de travail à 50%

Reprise de travail à 40%

B  Prestations réduites pour maladie chronique (trajet long)<sup>36</sup> (période de maximum 24 mois)

Période : du .. / .. / .... au .. / .. / .... inclus

Régime de travail :  Reprise de travail à 80%

Reprise de travail à 60%

Reprise de travail à 50%

C  prestations réduites pour les personnes en situation de handicap<sup>37</sup> (période de maximum 24 mois)

Période : du .. / .. / .... au .. / .. / .... inclus

Régime de travail :  Reprise de travail à 80%

Reprise de travail à 60%

Reprise de travail à 50%

---

<sup>35</sup> Information ici [Réintégration après une maladie: prestations reduites \(trajet court\)](#)

<sup>36</sup> Information ici [Réintégration après une maladie : prestations réduites \(trajet long\)](#)

<sup>37</sup> Information ici [Réintégration : prestations réduites pour les personnes en situation de handicap](#)

Date : .. / .. / ....

Signature :

## II. Horaire souhaité

Ne compléter plusieurs semaines que si nécessaire.

- Format 1 : Horaire standard de 7h36 ou 7h12 par jour du Lu jusqu'au Ve inclus (aussi pour les administratifs dans les services continu)**

Semaine 1 : Absent/présent le .....

(semaine du ... au .....

Semaine 2 : Absent/présent le .....

(semaine du ... au .....

Semaine 3 : Absent/présent le .....

(semaine du ... au .....

Semaine 4 : Absent/présent le .....

(semaine du ... au .....

- ~~Format 2 : Pour un horaire divergent (heures de travail par jour ≠ 7h36, travail pendant le weekend, services continus, ...) NE S'APPLIQUE PAS POUR IBZ~~**

- Format 3 : Jour thématique flexible (Services continu)**

## III. À compléter par le supérieur hiérarchique du membre du personnel qui introduit la demande

Accord avec le calendrier demandé :  OUI  NON

Si non, alternative : .....

Nom du chef de service : .....

Date : .. / .. / ....

Signature :