

Service d'Interprétation des Sourds de Bruxelles

Agréé par le Collège de la Commission Communautaire française
Avec le soutien de la FFSB, du FSE, de l'IRSA, d'Actiris et de BXL Formation

Nom de l'interprète :
Nom du commanditaire :
Lieu de la prestation :
Objet de la prestation :
Paiement : HP

	DATE DE LA PRESTATION	HEURE D'ARRIVÉE	HEURE DE DÉPART	NOMBRE D'HEURES PRESTÉES (calcul/15 min.)
PRÉVU	.../.../.....	..h..	..h..	..h..
RÉALISÉ (si modifications)				

**Pour accord,
Signature du prestataire**

Signature du commanditaire

Remarques

- Heure(s) prévue(s) = heure(s) due(s)
- Attention : les fiches de prestation, annexées au récapitulatif des fiches doivent parvenir au SISB le 30 du mois qui suit la prestation. Merci