



COMMISSION SOLIDARITE

DEMANDE À COMPLETER OBLIGATOIREMENT ⁽¹⁾

Nom : Prénoms :

Adresse :

Courriel :@.....

Comité :

Taux I.P.P. :

Montant Indemnisation :

Financement de :

Montant de la dépense €

Remboursements :

- Sécurité Sociale ⁽²⁾ €

- Mutuelle ⁽³⁾ €

- Autres €

Quote-part restant à ma charge €

Date :

Signature

(1) Compléter toutes les rubriques

(2) Joindre une photocopie du décompte Sécurité Sociale

(3) Joindre une photocopie du décompte mutuelle