



## COMMISSION SOLIDARITE

-----

### **DEMANDE À COMPLETER OBLIGATOIREMENT** <sup>(1)</sup>

Nom : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....

Courriel : .....@.....

**Comité** : .....

**Taux I.P.P.** : .....

**Montant Indemnisation** : .....

**Financement de** : .....

**Montant de la dépense** ..... €

Remboursements :

- Sécurité Sociale <sup>(2)</sup> ..... €

- Mutuelle <sup>(3)</sup> ..... €

- 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