



COMMISSION SOLIDARITÉ

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

fiche à adresser à :
FONDATION ALBERT FERRASSE / FEDERATION FRANCAISE DE RUGBY
3 - 5 Rue Jean de Montaigu
91460 MARCOUSSIS

(1) Compléter toutes les rubriques

(2) Joindre une photocopie du décompte Sécurité Sociale

(3) Joindre une photocopie du décompte mutuelle