



## COMMISSION SOLIDARITÉ

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

Nom : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....

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

**Date accident :** .....

**Club :** .....

**Comité :** .....

**Ligue :** .....

**Taux D.F.P. :** .....

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

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

**Montant de la dépense** ..... €

**Remboursements :**

- Sécurité Sociale / MSA<sup>(2)</sup> ..... €
- Mutuelle<sup>(3)</sup> ..... €
- 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 / MSA

(3) Joindre une photocopie du décompte mutuelle