



## 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