

COMMISSION SOLIDARITE

DEMANDE À COMPLETER OBLIGATOIREMENT (-)

Nom : Prénoms :

Adresse :

Courriel : @

Comité :

Taux I.P.P. :

Montant Indemnisation :

Financement de :.....

Montant de la dépense.....€.

Remboursements :

- Sécurité Sociale----- €.
- Mutuelle----- €.
- Autres----- €.

Quote-part restant à ma charge----- €.

Date

Signature

(*) Compléter toutes les rubriques.