



COMMISSION D'ENTRAIDE

Demande d'aide pour un joueur ou une joueuse blessé(e).

Saison 2023-2024

Nom du Club :

.....

Identité du joueur ou de la joueuse blessé (e)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de licence :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Profession :



Circonstances de l'accident

Match du

Catégorie

Division

Club concerné :

Club adverse :

Durée de l'incapacité de travail :

Joindre un certificat médical précisant la durée de l'arrêt de travail et la nature de la blessure. L'aide accordée sera calculée à partir des éléments médicaux à condition que l'ITT soit égale ou supérieure à 1 mois selon le barème suivant :

1 mois : 80€ 2 mois : 130€ 3 mois : 200€ 4 mois : 280€ 5 mois : 340€ 6 mois : 400€

Le montant de l'aide accordée est soumis au paiement par le club, de la cotisation annuelle.

A Le

Cachet du Club

Signature du Président ou du Secrétaire

Coordonnées du correspondant du Club :

.....

.....

.....

DISTRICT DE L'AUDE DE FOOTBALL

7 Rue Haute 11000 CARCASSONNE

Tél : 04 68 47 39 60 – Mail : secretariat@aude.fff.fr - site internet : aude.fff.fr

Association reconnue d'utilité publique – n° Siret : 31417707200035