



COMMISSION D'ENTRAIDE

Demande d'aide

Saison 2026-2027

Nom du Club et Numéro d'affiliation :

.....

Identité de la personne blessée

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de licence :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Profession :

DISTRICT DE L'AUDE DE FOOTBALL

Cité des sports – 10 avenue du général Sarrail 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 : 31417707200043



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 ainsi que la FMI du match ou feuille de match papier officielle.

Joindre le RIB du club afin de procéder au virement dès acceptation du dossier.

L'aide accordée sera calculée à partir des éléments médicaux à condition que l'ITT soit égale ou supérieure à 4 semaines et à la limite de 24 semaines d'arrêt soit 20 € par semaine.

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

Cité des sports – 10 avenue du général Sarraill 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 : 31417707200043