Breizh 29 DEMANDE D'AIDE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom des parents: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code postal: |__|__|__|__|__|

Ville: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° Téléphone: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse courriel: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° Sécurité sociale: |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

Nom de l'enfant: Prénom |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de Naissance: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Montant du devis
(joindre une copie à la demande): |__|__|__|__|__|__| , |__|__| €

<u>Remboursements obtenus ou attendus</u>

Sécurité Sociale : |__|__|__|__|__|__| , |__|__| €

Mutuelle(s) : |__|__|__|__|__|__| , |__|__| €

Autres Organismes : |__|__|__|__|__|__| , |__|__| €

Nous attestons sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés sur cette demande.

date : signature:

Le montant du reste à votre charge doit être supérieur à 100 €. L'enfant doit avoir moins de 20 ans.
Le montant de l'aide voté par le bureau sera versé au fournisseur du matériel médical et non à la famille.

Envoyez ce document complété et signé au Président de Breizh29
(17 route de Moëlan 29360 Clohars-Carnoët)