



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE AUPRES DE LA FEDERATION FRANCAISE DE FOOTBALL –CELLULE DES AFFAIRES SOCIALES.

CADRE A REMPLIR PAR LA CELLULE FFF :

Date de réception du dossier : / / 20.....

Numéro de dossier :

La cellule des Affaires Sociales et Actions Solidaires, lors de sa réunion du / / 20.....

a examiné le dossier présenté par la Ligue.....concernant la

famille.....

Et décide :

d'accorder une aide exceptionnelle de Euros

d'inscrire.....enfant(s) à la subvention « Rentrées Scolaires »

d'inscrire.....enfant(s) à la subvention « Colis de Noel »

Aides financières locales (organismes hors assurances):

	Montant	Motif de l'aide*
Club local :	_____	_____
District :	_____	_____
Ligue :	_____	_____
Autres :	_____	_____
<i>(Préciser le nom de l'organisme)</i>		

* : exemple : participation aux frais d'obsèques, aides exceptionnelles.....



PARTIE A COMPLETER PAR LA FAMILLE*

LE CLUB

Nom du club :

N° d'affiliation :

Ligue :

District :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu :

N° de licence :

Profession :

Adresse électronique (*facultatif*) :

@

NATURE DE L'EVENEMENT

Date de l'incident :

Lieu :

Circonstances :

Match

Entraînement

Descriptif :

* : Les informations recueillies via le présent formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et le suivi des dossiers pour la cellule des affaires sociales de la Fédération Française de Football. Les destinataires des données sont la Fédération Française de Football ainsi que les Ligues et Districts de Football concernés

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant par mail à cil.fff@fff.fr, ou par courrier à l'adresse suivante : FFF - Correspondant Informatique et Libertés - 87 boulevard de Grenelle - 75738 PARIS Cedex 15. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.



L'ASSURE SOCIAL

Nom de l'assuré :

Prénom de l'assuré :

Salarié

Non salarié

Agricole

Nom de l'organisme de Sécurité Sociale :

Adresse de l'organisme :

Code postal : / / / / / / / /

Ville :

Y a-t-il eu hospitalisation ?

OUI

NON

Si oui, indiquer la durée :

ASSURANCE OU MUTUELLE SPORTIVE

Nom de l'assurance ou mutuelle personnelle :

Adresse :

Code postal : / / / / / / / /

Ville :

Est-elle intervenue dans cet accident ?

OUI

NON

Si oui,

Sous quelle forme ?

Pour quel montant ?

L'ASSURANCE OU MUTUELLE PERSONNELLE

Nom de l'assurance ou mutuelle sportive :

Adresse :

Code postal : / / / / / / / / Ville :

Est-elle intervenue dans cet accident ?

OUI

NON

Si oui,

Sous quelle forme ?

Pour quel montant ?



LES REVENUS DU (DE LA) CONJOINT(E) OU REPRESENTANT LEGAL DE LA VICTIME

	Avant l'accident	Après l'accident
1° Revenus bruts		
Gains du demandeur	_____	_____
Gains du conjoint (ou représentant legal)	_____	_____
Prestations familiales	_____	_____
Autres revenus	_____	_____
TOTAL A	_____	_____
2° Charges		
Emprunts	_____	_____
Loyers	_____	_____
Autres charges	_____	_____
TOTAL B	_____	_____
3° Revenus nets (A-B)	_____	_____

DOCUMENTS ANNEXES NECESSAIRES A LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER

- Document prouvant l'aide accordée par le district et/ou la ligue

Document à fournir par le (la) conjoint(e) et/ou le représentant légal :

- Justificatifs de domicile
- Certificat de décès
- Déclaration d'impôts sur le revenu
- Photocopie du livret de famille
- Relevé d'identité bancaire

Je soussigné (nom, prénom) _____ certifie exacte l'ensemble des
informations contenues dans ce formulaire et les documents qui y sont annexés.

Date :

Lieu :

Signature :

