

Votre contact

IRP AUTO Prévoyance-Santé
Service Action Sociale
39, avenue d'Iéna
CS 21687
75202 Paris cedex 16



Tél. : **097 100 1000**

Appel non surtaxé, coût selon opérateur.
du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 30.

Courriel : fonds-sociaux@irpauto.fr

Internet : www.irp-auto.com

DEMANDE D'AIDE VACANCES PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

VOTRE IDENTITÉ

Nom marital : Prénom :

Votre identifiant IRP AUTO :

Situation familiale : Marié(e)/Pacsé(e)/Vie maritale Célibataire Divorcé(e)/Séparé(e) Veuf (veuve)

Situation Professionnelle : Salarié(e) Retraité Demandeur d'emploi Invalide

Autres situations :

Reconnaissance handicap Oui Non

IDENTITÉ DU CONJOINT

Nom marital : Prénom :

Situation Professionnelle : Salarié(e) Retraité Demandeur d'emploi Invalide

Autres situations :

Reconnaissance handicap Oui Non

VOS COORDONNÉES

Adresse : N° Rue

Code postal : Commune :

N° de téléphone domicile : N° de téléphone portable:

Courriel :

VOS ENFANTS

Prénom	Date de Naissance	Situation de Famille	Profession ou Type de scolarité	Est-il à votre charge ?	Vit-il au foyer?	Enfant Handicapé
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS SUR VOTRE SÉJOUR DE VACANCES

Organisme :

Date du séjour : du au

Coût du séjour :

Aide obtenue : Oui Non

Si oui, montant accordé : €

Montant restant à votre charge : €

Organisme financeur :

Le service social pourra vous demander tout autre justificatif qu'il jugera utile à l'instruction de votre demande.

L'ensemble de ces pièces justificatives doivent être retournées par courriel à : fonds-sociaux@irpauto.fr

À, le.....

Signature obligatoire :