

## 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](mailto:fonds-sociaux@irpauto.fr)

Internet : [www.irp-auto.com](http://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](mailto:fonds-sociaux@irpauto.fr)**

À ....., le.....

Signature obligatoire :