

## DEMANDE D'AIDE RELATIVE A LA PSYCHOMOTRICITE ET/OU L'ERGOTHERAPIE

### 1/ DEMANDEUR

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

N.I.A. : ..... SLVie : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... N° Tél. : .....

Vous êtes CELIBATAIRE  Vous êtes MARIE (E)  Vous êtes DIVORCE (E)  Vous êtes SEPARE (E)

Vous êtes VEUF (VE)  Vous êtes ACTIF  Vous êtes INACTIF  En situation de handicap

Vous êtes partenaire d'un PACS

**BENEFICIAIRE DE L'AIDE**

Nom : ..... Prénom : .....

PSYCHOMOTRICITE

ERGOTHERAPIE

1<sup>ère</sup> demande

Renouvellement

### 2/ DOCUMENTS A FOURNIR

1. Devis bilan et séances
2. Les factures acquittées
3. Relevé de prestations justifiant du versement du pack prévention par la MUTIEG
4. RIB

**J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.**

**Fait à :** ..... **le :** ...../...../.....

**Signature du demandeur :**