



santé
famille
retraite
services

AIN-RHONE

DEMANDE DE PARTICIPATION AIDE AU PREMIER REPIT

ADHERENT MSA

NOM – Prénom : _____

N° matricule : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

Situation familiale : _____

ATTESTATION DU SERVICE BULLE D'AIR

Je soussigné(e) _____, responsable de secteur Bulle d'Air :

- atteste que Mr – Mme _____ fait appel pour la première fois au service de répit Bulle d'Air
- et demande à ce titre que cet adhérent bénéficie de la prestation « 1^{er} répit Bulle d'Air » correspondant à une prise en charge par la MSA AIN RHONE de 210.00 de dépenses de baluchonnage Bulle d'Air.

A _____, le _____

Signature

MSA Ain-Rhône

35-37, rue du Plat - B.P. 2612

tél : 04 74 45 99 00

69232 LYON CEDEX 02

ain-rhone.msa.fr