

[Prénom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal] [VILLE]

Paris, le 02/04/2025

Demande de prise en charge d'un enfant malade

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous contacter aujourd'hui afin de solliciter votre aide pour la prise en charge des frais médicaux et hospitaliers de mon enfant, [nom de l'enfant], âgé de [âge].

En effet, je me trouve actuellement dans une situation financière difficile qui m'empêche de subvenir seul aux besoins de mon enfant malade. La situation médicale de [nom de l'enfant] nécessite des soins réguliers ainsi que des hospitalisations répétées, ce qui entraîne des dépenses importantes et difficiles à assumer pour moi.

C'est pourquoi, en ma qualité de parent de [nom de l'enfant], j'ai pu bénéficier de l'aide de l'Assurance Maladie pour couvrir une partie des frais médicaux de mon enfant. Toutefois, mes revenus actuels ne me permettent pas de faire face à tous les frais, malgré mes efforts pour trouver d'autres solutions de financement.

Conformément à l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale, je sollicite auprès de votre organisme la prise en charge totale des frais médicaux et hospitaliers de mon enfant, [nom de l'enfant], pour la période allant du [date de début] au [date de fin].

Je vous prie de trouver ci-joint les justificatifs de ressources et de dépenses attestant de ma situation précaire. Je reste bien entendu à votre disposition pour tout complément d'information que vous jugerez nécessaire.

En vous remerciant par avance pour votre compréhension et dans l'attente d'une réponse favorable de votre part, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

[Prénom][NOM]

Signature