SportMUT_Tournai_02c_BL 19/01/07 10:24 Page 1

MUTUALITE CHRETIENNE

Maintien de la forme : Sport et diététique

DEMANDE D'INTERVENTION

> À retourner à la Mutualité dûment complété et signé par la fédération sportive ou par le club affilié à cette fédération sportive ou par le/la diététicien(ne) agréé(e).
> Ne pas oublier de coller la vignette de la personne bénéficiaire de l'intervention.
> À payer sur le compte financier N° :

			-								-	

TITULAIRE DU COMPTE :

Nom :

Prénom :

COLLEZ ICI UNE VIGNETTE JAUNE
DU BÉNÉFICIAIRE DE L'INTERVENTION

DIÉTÉTIQUE

Je soussigné(e)

Diététicien(ne) ou responsable du centre d'orthonutrition agréé(e) sous le numéro _ _ _ _ _ _

Établi(e) :

CP : Ville :

N° Tél. :

Certifie sur l'honneur que M^me^, M^elle^, M. :

a payé pour des consultations qui se sont déroulées en dates des

_ _ / _ _ / _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ / _ _ / _ _

_ _ / _ _ / _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ / _ _ / _ _

la somme totale de _ _ _ _ _ _ _ _ ?

Date _ _ / _ _ / _ _ Signature

SPORT

A FAIRE REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU CLUB DE SPORT, DE L'ASSOCIATION OU DE L'INFRASTRUCTURE SPORTIVE

COORDONNÉES DU CLUB,
DE L'ASSOCIATION OU DE L'INFRASTRUCTURE

Nom

Adresse du siège

Localité C. P.

Téléphone

Activité sportive pratiquée par l'affilié(e) mentionné(e) ci-contre

NOM DU RESPONSABLE

FONCTION (président, directeur, secrétaire, trésorier, entraîneur, professeur..)

Certifie sur l'honneur que l'affilié(e) mentionné(e) ci-contre a payé la somme de _ _ _ _ _ euros pour son inscription, affiliation ou abonnement couvrant la période

du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _

Signature du responsable :

Date : le _ _ / _ _ / _ _ _ _

CACHET DU CLUB
DU/DE LA DIÉTÉTICIEN(NE)

Editeur responsable : Luc Dusoulier - Rue St Brice 44, 7500 Tournai

Sport et diététique

35 ? pour ceux qui se maintiennent en forme !

Photo couverture © Banana Stock

MUTUALITE CHRETIENNE

La solidarité, c'est bon pour la santé