

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

A faire remplir par le diététicien

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 Mme, Melle, 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 _____

C. P. _____ Localité _____

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 _____
a payé la somme de _____ euros pour son inscription,
affiliation ou abonnement couvrant la période du
__/__/__ au __/__/__

Cachet du club
ou du ou de la diététicienne.

Signature du responsable :

Date : le __/__/__

