

## Sport et diététique

### Demande d'intervention

- > À retourner à la Mutualité chrétienne de Verviers-Eupen 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 Iban n° :

Collez ici une vignette jaune  
du bénéficiaire de l'intervention

Titulaire du compte :

Nom :

Prénom :

## Diététique

### À faire remplir par le diététicien

Je soussigné(e)

Diététicien(ne) 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

CACHET DU CLUB OU  
DE LA DIÉTÉTICIENNE



## Sport

### À 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, en-  
traîneur, professeur...)

Certifie sur l'honneur que \_\_\_\_\_

a payé la somme de \_\_\_\_\_ euros pour son inscrip-  
tion, affiliation ou abonnement couvrant la période du  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature du responsable :

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

## Sport et diététique

Être en forme quel  
que soit votre âge!

40 euros



La solidarité, c'est bon pour la santé.