

# Intervention pour le sport ou la diététique



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

## MES COORDONNÉES

Tél. : ..... GSM : .....

Adresse e-mail : .....

COLLEZ ICI LA VIGNETTE D'IDENTIFICATION  
(VIGNETTE JAUNE) DE L'AFFILIÉ CONCERNÉ  
PAR LE REMBOURSEMENT

## DIÉTÉTIQUE

**A compléter par votre diététicien(ne)**

Je soussigné(e) ....., diététicien(ne) ou responsable du centre  
d'orthonutrition agréé(e) sous le numéro .....

Etabli(e) à l'adresse suivante (Rue, CP, Ville) .....

Téléphone : .....

Certifie sur l'honneur que (Nom, Prénom du patient) .....

A payé la somme de : ..... euros

Pour des consultations qui se sont déroulées aux dates suivantes :

• ...../...../20.... • ...../...../20.... • ...../...../20.... • ...../...../20.... • ...../...../20.... • ...../...../20....

Date : ...../...../20....

Signature : .....

Cachet du (de la) diététicien(ne) :

## SPORT

**À compléter par le responsable du club de sport, de l'association ou de l'infrastructure sportive**

Nom du club, de l'association ou de l'infrastructure sportive

.....

Adresse du siège (Rue, CP, Ville) : .....

.....

Téléphone : .....

Activité pratiquée par l'affilié(e) mentionné(e) sur la vignette ci-dessus : .....

Nom du responsable de l'activité : .....

Fonction (Président, directeur, secrétaire, trésorier, entraîneur, professeur,...) : .....

Certifie sur l'honneur que (Nom, Prénom du sportif) .....

A payé la somme de ..... euros pour son inscription, affiliation ou abonnement couvrant la période du ...../...../20....  
au ...../...../20....

Date : ...../...../20....

Signature : .....

Cachet du club :