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° :

☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐ - ☐☐

> ou votre N° au format IBAN :

☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐

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 _ _/_ _/_ _ _ _

MUTUALITE CHRETIENNE

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