

Fédération pour le Sport et la Culture Ouverts à Tous

Document médical à remplir

| | | Collez, dans ce cadre, une vignette de mutuelle. Si vous n'en possédez pas, complétez les données suivantes : | |
|-------------------------------------|---|--|----|
| | Photo | Nom: | |
| | | Prénom : | |
| | | Date de naissance : _/ / _ | |
| DANG CE C | CADDE VOUC | THE COMPLETE ZOLIE LECENHOODMATIONS OF THE CONTENT | |
| | | NE COMPLETEZ QUE LES INFORMATIONS QUI NE SONT PAS A VIGNETTE OU QUI NE S'Y TROUVERAIENT PAS | |
| Adresse: | | | |
| Numéro : _ | | | |
| Code Postal : _ | Loc | ité : | |
| Un numéro de t | téléphone de conta | | |
| Une adresse ma | ail de contact : | | |
| PARTIE A | COMPLETER | AR UN MEDECIN | |
| | édical sera rédigé d strictement interdi | manière lisible, sans modification ni rature. L'utilisation d'un correcteur (Tipp-ex, | |
| En cas de ratur | e ou de correction | erci de joindre un autre certificat rédigé sur papier normal. | |
| Pour être valab daté et signé pa | | s reprises sur cette partie doivent être complétées et le certificat doit être obligatoirement | |
| Je soussigné(e) | | docteur en médecine, déclare par la présente avoir examir | ıé |
| Nom : | | Prénom : | |
| Date de naissan | nce:// | Poids : kg - Taille : , m | |
| et atteste qu'il 1 | ne présente, ce jour | ucune contre-indication médicale à la pratique de la boxe thaïlandaise. | |
| Date :/_ | / | achet du médecin Numéro INAMI Signature du médecin | |
| | | | |
| | | | |
| a | | C: 1 | |
| Signature du pr | ratiquant : | Si le pratiquant n'a pas 18 ans, nom, prénom et signature d'une personne ayant la responsabilité légale du demandeur : | |
| Signature du pr | ratiquant : | prénom et signature d'une personne ayant | |
| Signature du pr | ratiquant : | prénom et signature d'une personne ayant la responsabilité légale du demandeur : | |