

## Formulaire de demande d'intervention inscription auprès d'un club sportif

Collez ici une vignette  
du membre concerné

N° de compte:

IBAN

BIC

Ouvert au nom de:..... Tél. fixe:..... GSM: .....

### A remplir par le club sportif ou le centre de fitness:

Je, soussigné(e) (Nom+Prénom)..... ,

déclare que (Nom+Prénom) .....

né(e) le ..... / ..... / ..... pratique activement un sport dans un cadre non professionnel et (\*)

est affilié(e) à notre club sportif pour la saison sportive..... / ..... et a payé sa cotisation  
de ..... € le ..... / ..... / .....

a acheté un abonnement fitness d'au moins 10 séances le..... / ..... / ..... et a payé ..... €

a acheté un abonnement fitness valable au moins 3 mois (successifs ou non) pour la période  
du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... et a payé..... euros à cet effet le..... / ..... / .....

a payé une cotisation de..... € pour la participation à une initiation au jogging  
(joindre copie du diplôme obtenu) le ..... / ..... / .....

a payé une cotisation de..... € pour suivre un cours «bébé nageur» le . / ..... / .....

Sport pratiqué:.....

**Cachet du Club sportif ou  
du centre de fitness**

**Signature du responsable**

## 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 de  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cachet du club

ou du ou de la diététicienne.

Signature du responsable :

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



La solidarité, c'est bon pour la santé.