

REMBOURSEMENT

SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE

Nom du Budget (1) :

NOM/PRENOM :	Adresse :	<input type="checkbox"/> Jeune <input type="checkbox"/> Senior <input type="checkbox"/> Elite
N° licence Canoë + :	<input type="checkbox"/> En club :	<input type="checkbox"/> En Pôle Espoir
Téléphone :	<input type="checkbox"/> En club d'excellence	<input type="checkbox"/> DRE

JOINDRE UN RIB POUR LE PREMIER REMBOURSEMENT

JOINDRE TOUS LES JUSTIFICATIFS ORIGINAUX EN LES AGRAPHANT AU DOS DU PRÉSENT DOCUMENT

DATE DE L'EXAMEN			EXAMEN MEDICAL DE LA SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE	SOUS-TOTAL NET EN €	NUMERO D'IMPUTATION BUDGETAIRE (1)
Jour	Mois	Année			
			Un examen médical réalisé par un médecin du sport comprenant <input type="checkbox"/> - un examen clinique avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la société française de médecine de l'exercice et du sport ; - un bilan diététique et des conseils nutritionnels ; - un bilan psychologique visant à dépister des difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive ; - la recherche indirecte d'un état de surentraînement via un questionnaire élaboré selon les recommandations de la société française de médecine de l'exercice et du sport.		
			Electrocardiogramme de repos <input type="checkbox"/>		

NET A PAYER

SIGNATURE DU DEMANDEUR	
Date :	Signature
Nom :	

VISA DU RESPONSABLE DE BUDGET	
Date :	Signature
Nom :	

COMPTABILITE	
Date :	
Payé par chèque n° :	
Virement du :	

(1) A remplir par le Responsable de budget