

NOM/PRENOM :	Adresse :	<input type="checkbox"/> Jeune <input type="checkbox"/> Senior <input type="checkbox"/> Elite
N° licence Canoë + :	Téléphone :	<input type="checkbox"/> En club : <input type="checkbox"/> En Pôle Espoir : _____
		<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			
			Examen Médical <input type="checkbox"/>		
			Recherche par bandelettes urinaires <input type="checkbox"/>		
			Electrocardiogramme de repos <input type="checkbox"/>		
			Electrocardiographie transthoracique de repos <input type="checkbox"/>		
			Epreuve d'effort d'intensité maximale (sur vélo) <input type="checkbox"/>		
			Examen dentaire <input type="checkbox"/>		
			Examen biologique <input type="checkbox"/>		
			Bila psychologique <input type="checkbox"/>		

NET A PAYER

<u>SIGNATURE DU DEMANDEUR</u>	
Date :	Signature
Nom :	

<u>VISA DU RESPONSABLE DE BUDGET</u>	
Date :	Signature
Nom :	

<u>COMPTABILITE</u>	
Date :	
Payé par chèque n° :	
Virement du :	

(1) A remplir par le Responsable de budget