REMBOURSEMENT

SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE

Nom du Budget (1) :

NOM/PRENOM : **Adresse :** ☐ **relève** ☐ **senior** ☐ **elite**

N° licence Canoë + : **Téléphone :** ☐ **En club :** ☐ **En Pôle Espoir :**_____

☐ **En club d'excellence :** ☐ **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 clinique ☐		
			Bilan diététique ☐		
			Electrocardiogramme de repos ☐		
			Perception de la charge d'entraînement ☐		
			Bilan psychologique ☐		

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 :

version du 30/11/01