



## ATTEST MEDISCHE GESCHIKTHEID

Lidnr	
-------	--

JAAR	20__ - 20__
------	-------------

<b>Naam</b>		<b>Voornaam</b>	
<b>Adres</b>	straat	Nr.:	bus :
	postcode :	Gemeente :	
<b>Geboortedatum</b>		<b>Geslacht</b>	M V
Ondergetekende is akkoord dat deze gegevens enkel zullen worden gebruikt in het kader van de sportbeoefening en voor de geldigheid van de verzekering.			
<b>HANDTEKENING</b> (indien minderjarig : ouders of voogd)			

<b>MEDISCHE GESCHIKTHEID</b>	
Ondergetekende geneesheer verklaart dat hoger vermeld persoon :	
<input type="checkbox"/> geschikt is voor sportbeoefening	
<input type="checkbox"/> tijdelijk ongeschikt is van _____ tot _____	
<input type="checkbox"/> ongeschikt is voor sportbeoefening	
<b>datum :</b>	
<b>HANDTEKENING GENEESHEER</b>	<b>STEMPEL GENEESHEER</b>