

## Formulaire de demande d'intervention

Formulaire à retourner dûment complété à la Mutualité chrétienne

### A remplir par le membre de la Mutualité chrétienne

Veuillez remplir les coordonnées du bénéficiaire de l'intervention ou y apposer une de ses vignettes jaunes.

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Numéro de membre \_\_\_\_\_

Collez ci-dessous une vignette du bénéficiaire de l'intervention :



Sauf avis contraire, l'intervention sera remboursée sur le numéro de compte connu par la Mutualité chrétienne.

## En savoir plus ?

- Appelez gratuitement le **0800 10 9 8 7** (du lundi au vendredi de 9h30 à 18h et le samedi de 9h à 13h)
- Surfez sur **www.mc.be**
- Contactez votre conseiller mutualiste

### 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 l'affilié(e) mentionné(e) ci-contre a payé la somme de \_\_\_\_\_ euros pour son inscription, affiliation ou abonnement couvrant la période du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet :

Signature du responsable :

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

## Formulaire de demande d'intervention

Formulaire à retourner dûment complété à la Mutualité chrétienne

### A remplir par le membre de la Mutualité chrétienne

Veuillez remplir les coordonnées du bénéficiaire de l'intervention ou y apposer une de ses vignettes jaunes.

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Numéro de membre \_\_\_\_\_

Collez ci-dessous une vignette du bénéficiaire de l'intervention :



Sauf avis contraire, l'intervention sera remboursée sur le numéro de compte connu par la Mutualité chrétienne.

## En savoir plus ?

- Appelez gratuitement le **0800 10 9 8 7** (du lundi au vendredi de 9h30 à 18h et le samedi de 9h à 13h)
- Surfez sur **www.mc.be**
- Contactez votre conseiller mutualiste

### 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 l'affilié(e) mentionné(e) ci-contre a payé la somme de \_\_\_\_\_ euros pour son inscription, affiliation ou abonnement couvrant la période du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet :

Signature du responsable :

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