



Certificat médical

Le présent certificat dûment complété doit être renvoyé rapidement au secrétariat :

Julien VANDERBRUGGEN
Rue du Docteur Cailleau, 62

B-6150 ANDERLUES

e-mail : secretariat@ecabelgique.com

Coordonnées du membre (à remplir en majuscule S.V.P) :

Nom : Prénom :
Adresse : C.P : Localité :
N° de téléphone : e-mail :
Lieu de naissance : Date de naissance : / /

Partie réservée au médecin (à remplir en majuscule S.V.P) :

Je soussigné(e), Docteur, Docteur en médecine, atteste avoir examiné le membre, dont les références sont ci-dessus, et l'avoir trouvé apte à suivre les activités de l'asbl ECAB.

Remarque(s) :
.....
.....
.....

Ce certificat est valable pour une durée d'un an.

Fait à, le / /

Cachet du médecin (obligatoire)

Signature du médecin (obligatoire)