



Le soussigné, Directeur du Club (ou personne dûment habilitée) déclare par la présente attestation que l'Adhérent ci-dessous :

ADHERENT

Nom : **Prénom :** **Date de naissance** : |_|/|_|/|_|_|_|_|_|_|
Domicilié à : **Code postal :** **Ville :**
Est affilié à notre structure depuis le : . . / . . /
Abonnement en cours période du : . . / . . / **au :** . . / . . / **Montant réglé pour cette période :** Euros
Activité sportive, de mise en forme et bien être pratiqué :

CLUB / Organisme - Groupement

Nom du Responsable du Club dûment habilité : **Prénom :**
Cachet du Club : **Signature :**

Document complété par le Club le
_ / _ / _

Adresse Email du Club : @

Contrat ACTI SANTE N° A 4561 0001 et 0002

N'oubliez pas d'indiquer votre N° de Contrat Santé personnel, avant de nous adresser cette attestation pour votre remboursement

Votre N° de Contrat Santé Complémentaire ACTIFORME SANTE / CEGEMA - SWISSLIFE : → **N°**

* en partie, selon les clauses et conditions figurant au contrat.

**Pour obtenir votre remboursement,
envoyez cette attestation une fois complétée à l'adresse suivante :**

**CEGEMA Assurances
BP 189
06272 VILLENEUVE LOUBET Cx**