



Formulaire de remboursement

Fiche n° :

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel :

Email :

CERTIFICAT DELIVRE PAR LE MEDECIN

Je soussigné Docteur

certifie que l'état de santé de, lui permet de pratiquer une
activité sportive en dehors des compétitions.

Pour faire valoir ce que de droit et remis en main propre.

Date : / /

Signature :

CLUB SPORTIF OU ASSOCIATION

Nom du Club/Association :

Adresse :

Durée inscription :

- Modalité du règlement : Chèque
 Carte bancaire
 Espèces

Note : Penser à fournir une photocopie de l'inscription

Tampon ou signature :

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Le GOSM s'engage à un remboursement à hauteur de 120 € maximum par personne et par an.

Toute demande devra être accompagnée :

- De ce formulaire de demande de remboursement
- La photocopie de l'inscription au club sportif ou association
- Du justificatif de règlement (facture acquittée, attestation)

Si votre dossier respecte toutes les conditions de remboursement, vous pouvez prendre un rendez-vous en appelant le 02.33.79.50.63 (lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9h à 12h) ou envoyer votre dossier à l'adresse ci-dessous accompagné d'une enveloppe timbrée.

Groupement Oncologie Sud Manche

Mme Laëtitia COUSIN
1 avenue du Quesnoy
50307 Avranches Cedex

☎ : 02.33.79.50.63

☎ : 02.33.58.37.56

@ : infos@gosm-baie.fr