

ATTEST AUTISMESPECTRUM (zonder verstandelijke beperking)

Naam en voornaam sporter: _____

adres: _____

geboortedatum: _____

lid van: _____

(naam van de sportclub)

aangesloten bij: _____

(naam van de sportfederatie)

Voor **kinderen en schoolgaande jeugd**: in te vullen door de arts of psycholoog van het CLB.

Voor **volwassen sporters**: in te vullen door de huisarts, of de arts of psycholoog van de instelling.

De ondergetekende (dokter of psycholoog) _____
verklaart dat de sporter een autismespectrumstoornis heeft, zonder verstandelijke beperking.

Door (dokter of psycholoog CLB/instelling) _____

Te _____ op _____ (datum en plaats onderzoek)

Handtekening en stempel van de dokter of psycholoog:



VLAAMSE
ATLETIEKLIGA

In kader van de wet op de privacy benadrukken we dat deze gegevens enkel gebruikt worden in functie van de deelname aan een competitieve activiteit of toernooi georganiseerd door of in samenwerking met G-sport Vlaanderen