

Attestation de trouble du spectre autistique (TSA)

À remplir par le médecin ou le psychologue.

Je certifie que l'athlète cité ci-dessous :

Prénom et nom : _____

Date de naissance : _____

est porteur d'un trouble du spectre autistique (TSA).

Nom : _____
Spécialité médicale : _____
N° de registre : _____
Adresse : _____ _____
Téléphone : _____
E-mail : _____
Date : _____
Signature :

Cette attestation doit être remise à la Ligue Handisport Francophone par l'athlète.

Ligue Handisport Francophone
Hôpital Reine Fabiola - GHDC
69, Avenue du Centenaire
6061 Montignies-sur-Sambre
071 10 67 50
classification@handisport.be