

ATTEST

AUTISMESPECTRUM (zonder verstandelijke beperking)

Naam en voornaam sporter: _____
woonachtig te: _____
geboren op: _____ te _____
lid van: _____ (naam van de sportclub)

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:

Formulier terug te sturen naar

- Judo Vlaanderen:
 - met de post: JV, t.a.v. Silvia Buysens, Oudenaardsesteenweg 839,
9420 Burst of digitaal: silvia.buysens@judovlaanderen.be
- Parantee-Psylos:
 - met de post: Parantee-Pyslos, t.a.v. Elien Moerman, Zuiderlaan 13, 9000 Gent
of digitaal: elien.moerman@parantee-psylos.be
- Sporta
 - met de post: Sporta, t.a.v. Jeroen De Meyer, Geneinde 2, 2260 Tongerlo
of digitaal: judo@sporta.be