



Nom et prénom :

Rue et numéro :

Code postal :

Commune :

Adresse mail :

Téléphone (en cas de problème avec votre photo par exemple) :

Prière de renvoyer le présent document complété et accompagné d'une photo d'identité récente (originale, pas de copie), avec votre nom inscrit au dos, et agrafée au document, sous enveloppe fermée à l'adresse de notre secrétariat :

ASBL Crohn -RCUH
17, Rue de la Forêt de Soignes
1410 Waterloo

Ou par mail à fmaes.asscrohnrcuh@skynet.be avec une photo d'identité en pièce jointe.

Le passe-toilette vous sera envoyé gratuitement si vous êtes membre cotisant(e) de l'Association Crohn-RCUH, ou dès la réception de 5€ sur le compte IBAN : BE24350064070138 dans le cas contraire. Ce document vous donnera accès aux installations sanitaires des organismes avec lesquels notre association a conclu un accord, sans obligation d'indemnisation ou de consommation.

Attestation

Le/La soussigné(e), docteur(e) en médecine
déclare que le/la dénommé(e) à sa
demande personnelle en qualité de patient(e) atteint(e) de maladie chronique intestinale, a
droit à l'obtention de la carte « Passe-toilette » qui donne accès aux installations sanitaires
des organismes avec lesquels l'ASBL Crohn RCUH a conclu un accord. Seul ce document
sera utilisé et uniquement à cette fin.

Nom, cachet et signature du médecin :

Signature du patient: