



Nom et prénom **EN LETTRES MAJUSCULES** : _____

Rue et numéro **EN LETTRES MAJUSCULES** : _____

Code postal : _____ Commune **EN LETTRES MAJUSCULES** : _____

Adresse mail **EN LETTRES MAJUSCULES** : _____

Téléphone (*uniquement pour vous contacter rapidement en cas de problème*) : _____

Prière de renvoyer le présent document **clairement complété**, accompagné d'une photo récente **de votre visage (3,5 x 4,5 cm)**, fond neutre comme pour les documents officiels) **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@gmail.com avec une photo d'identité en pièce jointe, en veillant bien à **ne scanner que la photo**, et pas une page A4 avec la photo en tout petit !

Le passe-toilette coûte 5 euros, à verser sur le compte BE24 3500 6407 0138

Toutefois, si vous êtes membre cotisant(e) de l'Association Crohn-RCUH et en ordre de cotisation annuelle, vous ne devez pas verser ces 5 euros car il vous sera envoyé gratuitement.

Ce PASSE-TOILETTE vous donnera accès aux installations sanitaires des organismes avec lesquels notre association a conclu un accord (voir sur <https://www.mici.be/le-passe-toilette/>) 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) d'une maladie inflammatoire 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: