



# 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 de Vlaamse Atletiekliga:

- met de post: VAL, t.a.v. Paula Vanhoovels, Marathonlaan 119C, 1020 Brussel
- of
- digitaal: paula@val.be.