

Fiche – FICHE DE LIAISON COUVERTURE MEDICALE (A6)



**FICHE DE LIAISON
COUVERTURE MEDICALE
Région Nouvelle-Aquitaine**

Intitulé de la compétition :

Date et lieu(x) de la compétition :

Organisateur :

@

Rappel du cahier des charges (page 10) :

Charge Comité Régional

- Participation forfaitaire aux honoraires d'un médecin ou éventuellement d'un masseur-kinésithérapeute du COL agréés par le Comité Régional, selon le barème en vigueur (barème 2023 – 180€/jour – sous réserve de modification)

Tableaux à compléter et à **renvoyer une semaine avant la compétition** au Comité Régional à madame Véronique BIJAYE : veronique.bijaye@ffgym-na.fr en y joignant **la carte professionnelle ou le diplôme du médecin concerné ainsi que son RIB.**

	Nom	Prénom	Adresse Mail	Date d'intervention
Médecin 1*				
Médecin 2*				
Médecin 3*				
Kinésithérapeute 1*				
Kinésithérapeute 2*				
Kinésithérapeute 3*				

*Rappel : 1 seule participation forfaitaire aux honoraires sera attribuée par jour pour 1 médecin ou éventuellement 1 kinésithérapeute, par site de compétition.