

# ATTEST AUTISMESPECTRUM (zonder verstandelijke beperking)



Naam en voornaam sporter: \_\_\_\_\_  
adres: \_\_\_\_\_  
geboortedatum: \_\_\_\_\_  
lid van: \_\_\_\_\_ (naam van de sportclub)  
aangesloten bij: \_\_\_\_\_ (naam van de sportfederatie)

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:

\_\_\_\_\_