

ATTEST AUDITIEVE HANDICAP

(= gehoorverlies van minstens 55dB in het betere oor)

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 huisarts, KNO-arts of de arts van het CLB met verwijzing naar een officiële bepaling van het gehoorverlies (gehoorverlies lager dan of gelijk aan 55dB in het betere oor).

Voor **volwassen sporters**: in te vullen door de huisarts of KNO-arts met verwijzing naar een officiële bepaling van het gehoorverlies (gehoorverlies lager dan of gelijk aan 55dB in het betere oor).

De ondergetekende (huisarts of KNO-arts) _____
verklaart dat de sporter een gehoorverlies heeft van minstens 55dB in het betere oor volgens de gehoortest/bepaling __/__/____.

Opmerkingen:

Door (huisarts of KNO-arts van CLB/instelling) _____

Te _____ op _____ (datum en plaats sportmedisch onderzoek)

Handtekening en stempel van de huisarts of KNO-arts:

Formulier terug te sturen naar Parantee en de Vlaamse Atletiekliga:

Parantee vzw, Zuiderlaan 13, 9000 Gent of digitaal: [classificatie@parantee.be](mailto: classificatie@parantee.be)

VAL vzw, t.a.v. Paula Vanhoovels, Marathonlaan 119C, 1020 Brussel of digitaal: [paula@val.be](mailto: paula@val.be).