

Remboursement demandé par :

Nom : _____
 Adresse : _____

 Code postal : _____
 Téléphone : résidence : _____ travail : _____
 Matricule (ou preuve de résidence si locataire) : _____

PARTICIPANTS

Nom	Âge
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Activité	Date de l'inscription	No. Facture	Coût non résidant	Coût résidant	Montant à remb.	Nom du participant
Bibliothèque			\$	\$	\$	
Gymnastique			\$	\$	\$	
Natation			\$	\$	\$	
Natation			\$	\$	\$	
Natation			\$	\$	\$	
Carte loisir			\$	\$	\$	
Patinage artistique			\$	\$	\$	
Autres :			\$	\$	\$	

TOTAL À REMBOURSER : _____ \$

Inscription à la Ville de : _____

*Une preuve d'inscription doit être inclus à ce document. Mois du remboursement : Code budgétaire 02-70190-447

Vous pouvez envoyer le formulaire à Info@villedecarignan.org

***Veuillez noter que la demande de remboursement sera traitée à la fin de la session du cours suivi**

Par la présente, je m'engage à aviser la Ville de Carignan de toute annulation ou modification d'activités.

Signature du demandeur (citoyen)

Date

Autorisé par

Date