

### Remboursement demandé par :

Nom :

Adresse :

Code postal :

Téléphone : résidence :  travail :

Matricule (ou preuve de résidence si locataire) :

Adresse courriel pour recevoir le paiement par  
transfert bancaire

### 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 :

\*L'original de la preuve d'inscription doit être inclus à ce document. Mois du remboursement :

Code budgétaire 02-70190-447

***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