



Saint-Paul
d'Abbotsford

N° client

N° fournisseur

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES LOISIRS UTILISÉS DANS LES MUNICIPALITÉS LIMITROPHES

Reçu de l'activité jointe à la demande

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Prénom Nom
Adresse
Téléphone Date de naissance
Courriel (optionnel)
Signature

IDENTIFICATION DES PARENTS POUR LE PARTICIPANT MINEUR

Nom de la Mère
Adresse complète
Nom du Père
Adresse complète

IDENTIFICATION DE L'ACTIVITÉ

Nom de l'activité
Nom de la ville Date de l'activité
Montant de l'activité (avant taxes)

RÉSERVÉ À LA MUNICIPALITÉ

Date du remboursement Montant remboursé