



Saint-Zéphirin
de Courval

Formulaire
Demande de Remboursement
Frais de Non-Résident

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Municipalité : _____ Code postal : _____

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____
☐ Même adresse que le participant
Adresse : _____
Municipalité : _____ Code Postal : _____
Courriel : _____ Téléphone : _____

RENSEIGNEMENT SUR L'ACTIVITÉ

Nom de l'activité : _____
Date de début : _____ Date de fin : _____
Nom de la ville ou de l'organisme : _____
SVP nous fournir une copie de la facture, et une preuve démontrant l'écart de prix.

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Par cette signature, vous attestez que toutes les informations fournies dans le présent formulaire sont exactes et véridiques.

Signature du demandeur

Date

RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

Date de réception :	_____	Prochain conseil :	_____
Montant du remboursement :	_____		
Admissibilité vérifiée :	☐ Oui	☐ Non	_____
Pièces justificative complète :	☐ Oui	☐ Non	_____
Numéro du compte à débiter :	_____	Initiale :	_____