

**FORMULAIRE
DEMANDE DE REMBOURSEMENT
FRAIS DE NON-RÉSIDENT**

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

MUNICIPALITÉ : SAINT-ZÉPHIRIN-DE-COURVAL

CODE POSTAL : J0G 1V0

PROVINCE : QC

NOM DE LA MÈRE OU DU PÈRE : _____

TÉLÉPHONE : _____

COURRIEL : _____

RENSEIGNEMENT SUR L'ACTIVITÉ

NOM DE L'ACTIVITÉ : _____ DATE DÉBUT : _____ DATE DE FIN : _____

NOM DE LA VILLE OU DE L'ORGANISME : _____

DÉTAILS DES FRAIS DE NON-RÉSIDENT

Coût de la facture (taxes incluses)	-	\$
Coût de l'activité pour résident (taxes incluses)	-	\$
Différence de coût	=	\$
Maximum remboursable annuellement de 400\$/citoyen	=	\$

SIGNATURES

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

Signature du parent

Nom en lettre imprimées

Date

N'oubliez pas de joindre les pièces justificatives exigées par la *Politique de remboursement des frais de non-résident de la Municipalité de Saint-Zéphirin-de-Courval*.