

FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT

IDENTIFICATION DU JOUEUR

NOM : _____	PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE (AA-MM-JJ): _____	CATÉGORIE : _____

MOTIFS DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT :

- ☐ BLESSURE (INCLURE LE BILLET MÉDICAL)
- ☐ DÉMÉNAGEMENT
- ☐ MANQUE D'INTÉRÊT
- ☐ CHANGEMENT DE CLUB
- ☐ AUTRE : _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À REMBOURSER

NOM :	PRÉNOM : _____
ADRESSE : _____	CODE POSTAL : _____
TÉLÉPHONE : _____	COURRIEL : _____

SECTION RÉSERVÉE AU CLUB HSC

COÛT D'INSCRIPTION	\$
FRAIS D'ADMINISTRATION (des frais administratifs sont applicables pour chaque demande de remboursement)	25 \$
FRAIS D'AFFILIATION (entre 15 \$ et 50 \$ selon catégorie) voir fédération ARSQ	\$
FRAIS MATCHS JOUÉS (entre 10 \$ et 20 \$ selon catégorie) nombre matchs joués : _____	\$
MONTANT TOTAL DU REMBOURSEMENT	\$

SIGNATURE RESPONSABLE : _____ DEMANDE REÇUE LE : ____ / ____ / ____

DE CHÈQUE : _____ DATE DE L'ÉMISSION DU CHÈQUE : ____ / ____ / ____

Envoyer votre formulaire à l'adresse suivante : dg@soccer-hsc.qc.ca