



ASSOCIATION DE SOCCER DE SAINT-LAMBERT
31, AVENUE LORNE
SAINT-LAMBERT, QC
J4P 2G7

Formulaire de remboursement

Identification du joueur	
Nom en caractère d'imprimerie	Prénom en caractère d'imprimerie
Date de naissance	

Demandeur	
Nom en caractère d'imprimerie	Prénom en caractère d'imprimerie
Adresse	Ville Code postal
Raisons : Abandon volontaire avant le début de l'activité <input type="checkbox"/> Déménagement <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Politique familiale 25\$ - 3 ^e personne <input type="checkbox"/> 50\$ - 4 ^e personne <input type="checkbox"/> 75\$ - 5 ^e personne <input type="checkbox"/> Autres précisez :	
date	signature

Veuillez faire parvenir votre demande de remboursement à l'adresse suivante:

Association de soccer de Saint-Lambert
31, avenue Lorne
Saint-Lambert, Qc
J4P 2G7

Toutes les demandes seront traitées selon la politique en vigueur à l'ASSL

Réservé à l'administration	
Remboursement	Date de réception
Refusé <input type="checkbox"/>	Accepté <input type="checkbox"/>
Explication	Montant reçu: _____ Montant à rembourser: _____
Signature du registraire	Signature d'un membre du CA