



Demande de remboursement

Identification du joueur

Nom du joueur : _____
Prénom du joueur : _____
Date de naissance : _____
No d'assurance maladie : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Numéro d'urgence : _____

Identification des parents

Nom du père : _____
Prénom du père : _____
Nom de la mère : _____
Prénom de la mère : _____

Mode de paiement utilisé

Chèque

Signataire : _____ (Nom sur le chèque)

Argent comptant

Signataire : _____ (Nom sur l'inscription)

Raison du remboursement

- Toute demande de remboursement doit être soumise par écrit au Club de Soccer Mineur de St-Amable, CP 321, 957 rue Principale, St-Amable, Québec, J0L 1N0
- Veuillez noter que l'article 46 du Club de Soccer Mineur de St-Amable sur les remboursements s'applique
- Une demande incomplète ne pourra être traitée, vous avez la responsabilité de fournir tous les renseignements requis
- Le code d'éthique s'applique dans les politiques de remboursements

• Veuillez noter que dans le cas de paiement par chèque, le remboursement sera émis au signataire du chèque alors que dans le cas de paiement en argent, le remboursement sera émis au nom de la personne ayant rempli l'inscription

Signature : _____