



FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR LES FRAIS DE NON-RÉSIDENTS

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT			
Nom			
Prénom			
Adresse			
Date de naissance		Téléphone	
Nom de la mère ou du père			
Courriel			

RENSEIGNEMENT SUR L'ACTIVITÉ			
Nom de l'activité			
Date de début		Date de fin	
Nom de la ville ou de l'organisme où l'activité est offerte			

DÉTAILS DES FRAIS DE NON-RÉSIDENTS		
Coût de la facture (taxes incluses)		\$
Coût de l'activité pour résidents (taxes incluses)	-	\$
Différence de coût	=	\$
Maximum remboursable annuellement de 250 \$/enfant	=	\$

SIGNATURE		
Par cette signature, vous attestez que toutes les informations fournies dans le présent document sont exactes et véridiques.		
Signature du parent	Nom en lettres moulées	Date

N'oubliez pas de joindre les pièces justificatives exigées par la *Politique de remboursement des frais de non-résidents du Village de Saint-Célestin*.