



Sainte-Cécile-de-Milton

**Demande de remboursement –Service des loisirs de Sainte-Cécile-de-Milton**

*Se référer à la politique de remboursement en vigueur.*

Demandeur payeur	
Nom :	Prénom :
Participant	
Nom :	Prénom :

Activité à rembourser		
Titre :	Raison :	
Date de la demande :		
Nombre de cours utilisé :		
Paielement en vertu de la politique familiale		
Nb _____ X _____ \$	Montant à rembourser	\$
Activité à rembourser		
Titre :	Raison :	
Date de la demande :		
Nombre de cours utilisé :		
Paielement en vertu de la politique familiale		
Nb _____ X _____ \$	Montant à rembourser	\$
<i>Si plus de 2 activités à rembourser, utiliser une copie de ce formulaire</i>	Total du montant à rembourser	\$
	Frais administratifs	\$
	Total montant-frais administratifs	\$

La preuve médicale originale requise pour un remboursement est-elle jointe à la présente demande? Oui  Non  Ne s'applique pas

Je reconnais que la présente demande de remboursement sera soumise aux vérifications par la Municipalité de Sainte-Cécile-de-Milton et peut être refusée si les conditions ne sont pas remplies.

Signature : \_\_\_\_\_

Section réservée à l'administration	
Employé :	Date de traitement
Demande acceptée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, indiquer la raison ou autres commentaires :	
Autorisation de la direction :	

*Joindre une copie au dossier du participant (formulaire d'inscription)*