

Club de soccer de Mont-Tremblant

Formulaire de demande de remboursement



Prénom et Nom du joueur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

# Téléphone \_\_\_\_\_

Date d'inscription \_\_\_\_\_

Catégorie \_\_U-\_\_\_\_

Récréatif       Compétitif

Âge \_\_\_\_\_

Motif de la demande de remboursement

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date d'arrêt de jeu du joueur \_\_\_\_\_

Date de la demande de remboursement \_\_\_\_\_

Signature joueurs ou du parent (si âgé de 18 ans et moins)

\_\_\_\_\_