



Demande de remboursement

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance: _____ Niveau: _____

Raison de la demande de remboursement : _____

Nom du parent : _____

No. De téléphone: _____ Courriel : _____

Signature: _____ Date : _____

**Remettre le tout au bureau de l'Express situé au 1450, boul Pie X (coin du Souvenir)
local 205 ou par courriel à info@expresslaval.com**

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT

Frais d'administration de 50\$ non remboursable en tout temps, la demande doit être faite sur le formulaire de l'Express

Avant le 1er septembre : 75%

Avant la 1ère joute : 50%

Après la 1ère joute : 25%

AUCUNE REMBOURSEMENT APRÈS LE 15 NOVEMBRE

Réservé à l'administration

Décision prise par le comité exécutif :

Date : _____ Signature : _____

