



C.P. 21 Succursale P.A.T., Montréal, Québec, H1B 5K1
514-642-2255 (642-ballon)
Courriel : info@aspat.qc.ca
Site web : www.aspat.qc.ca

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION

Coordonnées du joueur

Nom : _____ No chèque ou reçu : _____ Montant : _____
Prénom : _____ Date de paiement : _____
Date de naissance : _____ Saison : _____
aaaa-mm-jj

Compétitif Récréatif :

Catégorie de l'équipe : _____
Nom de l'entraîneur : _____

Raison du remboursement : _____

Coordonnées pour le remboursement

(Adresse où envoyer le chèque)

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ App. : _____
Ville: _____ Code Postal : _____
Tél. : _____
Remboursement demandé : \$ _____
Signature : _____ Date : _____

POUR USAGE INTERNE

Numéro de membre : _____ Date de Réception : _____
Reçu par : _____
Montant retenue : \$ _____
Montant du Remboursement : \$ _____ No chèque : _____
Date d'envoi du chèque au membre : _____
Commentaire(s) : _____
Signature : _____ Date : _____