



VILLE DE CARIGNAN
REMBOURSEMENT D'ACTIVITÉS

Remboursement demandé par :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Téléphone : résidence : _____ travail : _____

Matricule (ou preuve de résidence si locataire) : _____

PARTICIPANTS

Nom

Âge

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Activité	Date de l'abonn. ou cours	No. Facture	Coût non résidant	Coût résidant	Montant à remb.	Nom du participant
			\$	\$	\$	
Bibliothèque			\$	\$	\$	
Gymnastique			\$	\$	\$	
Natation			\$	\$	\$	
Natation			\$	\$	\$	
Natation			\$	\$	\$	
Carte loisir			\$	\$	\$	
Patinage artistique			\$	\$	\$	
Autres:			\$	\$	\$	

TOTAL À REMBOURSER : _____ \$

Inscription à la Ville de : _____

* L'original de la preuve d'inscription doit être inclus à ce document Mois du remboursement : _____ Code budgétaire 02-70190-447

Je m'engage à aviser la Ville de Carignan de toute annulation ou modification d'activités.

Signature du demandeur (citoyen)

Date

Vérfifié par

Date

Autorisé par

Date