



**C. C FRANC-OUEST**

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Nom : \_\_\_\_\_  
(Nom sur le cheque à rembourser)

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Programme :  Studio des Jeunes  Préscolaire  Camp été  Camp de mars

Point de service : \_\_\_\_\_ période : \_\_\_\_\_

Raison du remboursement : \_\_\_\_\_

Montant initial (payé au CCFO<sup>1</sup>): \_\_\_\_\_ \$, Frais administration (-): \_\_\_\_\_ \$

Frais d'annulation/ modification (-) \_\_\_\_\_ \$, Montant à rembourser : \_\_\_\_\_ \$

Signature du demandeur: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

---

### *Réservé à l'administration*

Joindre obligatoirement une copie de la preuve de paiement à rembourser :

Chèque du client  Autre, précisez SVP, \_\_\_\_\_

Mode de remboursement :  Retour du chèque postdaté du client : \_\_\_\_\_ \$

Cheque CCFO N°: \_\_\_\_\_ Montant: \_\_\_\_\_ \$ Date : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Nom et prénom du/ de la Coordinateur-trice: \_\_\_\_\_

Signature du/ de la Coordinateur-trice: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

---

<sup>1</sup> Centre Communautaire Franc-Ouest