



Club de soccer CRSA
Stade Leclerc (CNDP), 5080 Marius-Baribeau (2^e étage)
(418) 877-5575
info@soccercrsa.ca

Formulaire de demande de remboursement

Identification du joueur

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Nom | Prénom |
| Date de naissance (AAAA/MM/JJ) | Catégorie U- |

Identification de la personne à rembourser

| | |
|----------|-----------|
| Nom | Prénom |
| Courriel | Téléphone |
| Adresse | |

Demande et motif du remboursement

Billet médical (joindre si oui) OUI NON

Le formulaire doit être envoyé par courriel à : info@soccercrsa.ca

Section réservée à l'administration

Date de réception : _____

Décision au sujet de la demande : Acceptée Refusée

Si refus, justification :

| | | |
|-------------------------------|-------|-----------|
| Paiement initial | _____ | \$ |
| Frais administratif (10%) | _____ | \$ |
| Frais d'affiliation | _____ | \$ |
| Frais de camp de sélection | _____ | \$ |
| Prorata des activités | _____ | \$ |
| Frais de non-résident | _____ | \$ |
| Total du remboursement | _____ | \$ |