



DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Nom du joueur : _____

Division : _____ Classe : _____

Nom du parent qui fait la demande
de remboursement : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Raison de la demande de remboursement : _____

Date de la demande : _____

Montant payé à l'inscription : _____

Membre PSL : oui non

Réservé à l'AHMVBVC

Date de réception de la demande : _____

Décision : _____

Montant remboursé : _____

Contrôlé par : _____ Date : _____