



4600 Des Cageux, Pierrefonds, QC H9J 3R4 (514) 696-2505 www.soccerpierrefonds.ca info@soccerpierrefonds.ca

DEMANDE DE REMBOURSEMENT / REFUND REQUEST

Les Demandes de remboursement seront traitées conformément à la Politique de remboursement pour la saison ou le programme pertinent.

Refund requests will be processed in accordance with the Refund Policy for the pertinent season or program.

SECTION À REMPLIR PAR LE REQUÉRANT/ SECTION TO BE FILLED IN BY APPLICANT SVP REMPLIR LE FORMULAIRE EN LETTRES MOULÉES/ PLEASE PRINT WHEN FILLING OUT FORM			
NOM DU REQUÉRANT NAME OF APPLICANT : _____			
No. TELEPHONE No. : (_____) _____ No. CELL. No.: (_____) _____			
COURRIEL / EMAIL ADDRESS : _____			
INFORMATIONS SUR LE JOUEUR (LA JOUEUSE) / INFORMATION PERTAINING TO THE PLAYER:			
NOM DE FAMILLE / FAMILY NAME :		PRÉNOM / FIRST NAME:	
DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH : _____ / _____ / _____ ANNÉE (YEAR) MOIS (MONTH) JOUR (DAY)			
SEXE / SEX : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
FRAIS D'INSCRIPTION PAYÉ REGISTRATION FEE PAID : \$ _____		INSCRIPTION POUR / REGISTRATION FOR : ÉTÉ AUTOMNE HIVER SUMMER <input type="checkbox"/> FALL <input type="checkbox"/> WINTER <input type="checkbox"/>	
RAISON POUR LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT / REASON FOR REFUND REQUEST :			
NOM DU DESTINATAIRE (BÉNÉFICIAIRE) DU CHÈQUE DE REMBOURSEMENT REFUND CHEQUE TO BE ISSUED TO (RECIPIENT NAME):			
ADRESSE POSTALE DU DESTINATAIRE (BÉNÉFICIAIRE) DU CHÈQUE DE REMBOURSEMENT MAILING ADDRESS OF REFUND CHEQUE RECIPIENT :			
NU./RUE/ #APT. NO./STREET/APT.#			
VILLE / CITY			
CODE POSTAL / POSTAL CODE			
SIGNATURE DU REQUÉRANT : SIGNATURE OF APPLICANT			DATE: _____/_____/_____ ANNÉE (YEAR) MOIS (MONTH) JOUR (DAY)
USAGE BUREAU ASP / PSA OFFICE USE ONLY			
DATE REFUND REQUEST REC'D: 201 ____ /M ____ /D	APPROVAL SUBMIT DATE: 201 ____ /M ____ /D	A <input type="checkbox"/> ATTACHED <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ATTACHED <input type="checkbox"/>	
BY: MAIL <input type="checkbox"/> OFFICE <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/>	V.P. HL <input type="checkbox"/>	V.P. YREC <input type="checkbox"/>	RESOLUTION DATE: 201 ____ /M ____ /D
REGISTRATION PAYMENT DETAILS:	V.P. COMP. <input type="checkbox"/>	V.P. SEN. <input type="checkbox"/>	APPLICANT ADVISED <input type="checkbox"/> DATE: 201 ____ /M ____ /D
DATE REG. PMNT. REC'D: 201 ____ /M ____ /D	REFUND: \$ _____ CHEQUE NO.:		
CASH <input type="checkbox"/> CHQ <input type="checkbox"/> CHQ# _____ \$ _____	DATE CHEQUE ISSUED: 201 ____ /M ____ /D		