



**ASSOCIATION DE SOCCER  
DE CHARLESBOURG**  
bureau@soccer-charlesbourg.com  
www.soccer-charlesbourg.com  
Tél : 418-622-2625

---

## Formulaire de demande de remboursement

---

Date de la demande :

Nom du joueur :

Date de naissance :

Catégorie :

Entraîneur :

Faire le chèque au nom de :

Téléphone :

Raison de la demande (si blessure ou maladie, joindre le billet médical) :

Nombre de parties jouées :

**Réservé au registraire :**

Chèque déposé le : \_\_\_\_\_ Nom du payeur : \_\_\_\_\_

Demande reçue le : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_

# Passeport :