



# DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Remplissez le formulaire ci-dessous et renvoyez-le par courriel à l'adresse suivante  
[remboursement@fclaval.com](mailto:remboursement@fclaval.com)

Date de la demande: \_\_\_\_\_

J'ai lu et j'accepte les conditions de remboursement:

## INFORMATION DU MEMBRE

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Numéro de passeport: \_\_\_\_\_

Programme dans lequel le membre était inscrit: \_\_\_\_\_

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

Raison pour la demande: \_\_\_\_\_

Payez à l'ordre de: \_\_\_\_\_

## SECTION RÉSERVÉE POUR LE CLUB

Demande de remboursement: Acceptée  Refusée

Montant payé pour l'inscription: \_\_\_\_\_

Montant de remboursement autorisé: \_\_\_\_\_

Montant de crédit autorisé: \_\_\_\_\_

Date d'approbation: \_\_\_\_\_

Raison pour la décision: \_\_\_\_\_

Signature du personnel autorisé : \_\_\_\_\_