



DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Remplissez le formulaire ci-dessous et renvoyez-le par courriel à l'adresse suivante
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 : _____