



IDENTIFICATION DU JOUEUR		Catégorie
Nom :	Prénom:	Date de naissance : AAAA / MM / JJ
Adresse :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Ville :	Téléphone : (    )	
Code postal :	Bureau : (    )	
Courriel :	Cellulaire : (    )	
IDENTIFICATION DU DEMANDEUR		
Nom:	Raisons du remboursement :	
Prénom:		
Signature :		
Date:		
RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION		
Remboursement Refusé <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Montant payé à l'inscription : _____ Montant remboursé : _____  Explications :	Notes :	
VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE À L'ADRESSE SUIVANTE :		
Association de Soccer de Mascouche C.P : 76039 Mascouche Québec J7K 3N9		
Signature autorisée :  _____		
Michel Pelletier Directeur Général		

