



Formulaire de remboursement

Informations adhérent

Prénom* _____
Nom* _____
e-mail* _____

Informations Responsable légal (si adhérent mineur)

Prénom* _____
Nom* _____
e-mail* _____

Informations bénéficiaire du remboursement**

Prénom _____
Nom _____
e-mail _____

Je certifie demander un remboursement sur le RIB joint (au nom du bénéficiaire indiqué**) du montant suivant suite à la saison 2020-2021 :

- Créneaux jeunes : **40€**
- Créneaux adultes jeux libres : **50€**
 - Samedi 10h 13h
 - Dimanche 15h 18h
- Créneaux adultes encadrées : **60€**
 - Samedi 9h 10h
 - Lundi 20h 22h
 - Mercredi 20h30 22h15

* Information obligatoire

** Remplir uniquement la section spécifique au bénéficiaire du remboursement si différent du responsable légal ou de l'adhérent

Date et Signature