

ASSUREZ-VOUS DE BIEN REMPLIR TOUTES LES SECTIONS.

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT		
PRÉNOM :	NOM :	
ADRESSE :		
DATE DE NAISSANCE :	_____	<b>** Une preuve d'âge est requise (carte d'assurances maladie, carte étudiant). **</b>
(jour / mois / année)		
IDENTIFICATION DU PAYEUR		
PRÉNOM :	NOM :	
ADRESSE :		
<b>** Une preuve de résidence est requise (permis de conduire, compte de taxes, etc.). **</b>		
TÉLÉPHONE :	COURRIEL :	
DÉTAILS DE L'ACTIVITÉ		
NOM DE L'ACTIVITÉ :		
FOURNISSEUR DE L'ACTIVITÉ :		
DATE DU DÉBUT DE L'ACTIVITÉ :		
DURÉE DE LA SESSION :		
MONTANT PAYÉ POUR L'ACTIVITÉ :	<b>** Une preuve du montant payé (reçu OFFICIEL) et la preuve de paiement pour l'activité sont requises. **</b>	
TARIF RÉSIDENT :	TARIF NON-RÉSIDENT :	
DÉTAILS DU REMBOURSEMENT		
NOM DE VOTRE BANQUE :		
N° TRANSIT :		
N° D'INSTITUTION :		
N° DE COMPTE :		
 <p>N° transit      N° d'institution      N° de compte</p>		
<b>Veillez noter que les remboursements sont effectués après les rencontres du conseil municipal, qui ont lieu une fois par mois.</b>		
<p>Je, soussigné.e _____ atteste que tous les renseignements contenus dans ce formulaire sont véridiques et m'engage à aviser la Municipalité de Saint-Jean-Baptiste de toute annulation, modification ou cession de participation à cette activité. Je comprends que si l'aide financière m'avait déjà été versée, je devrai rembourser celle-ci à la Municipalité.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Signature <span style="margin-left: 200px;">Date</span></p>		
CONDITIONS D'ADMISSIBILITE		
<p>L'activité ne doit pas être offerte par la Municipalité de Saint-Jean-Baptiste ou financée par une entente avec la Municipalité, une régie ou un organisme. L'activité doit être régie par une fédération ou relever d'un organisme (municipal, provincial ou autre) et la durée du programme doit être d'au moins huit semaines consécutives. <b>La demande de remboursement doit être produite dans les 90 jours suivant le paiement de l'activité.</b></p> <p><b>**Documents à fournir obligatoirement</b></p> <p>Preuve d'âge du participant, preuve de résidence du payeur, reçu officielle du montant payé émis par l'organisme et la preuve de paiement.</p>		
SECTION RESERVÉE À L'ADMINISTRATION		
Montant autorisé : _____	GL : 02-701-90-996-00	
Signature de la Direction du Service des loisirs : _____		