Demande de remboursement – Saison de soccer

Formulaire complété à transmettre par courriel à : asb@asbroyal.ca

Nom du joueur ou de la joueuse :

Adresse courriel :

Téléphone :

Raison de la demande de remboursement :

☐ Raison médicale (si oui, joindre le billet du médecin à cet effet)

Dates limites de remboursement

· Saison hivernale : aucune demande reçue à compter du 1er novembre ne sera acceptée.

Signature du parent :

Date :