

FORMULAIRE DEMANDE DE TRANSFERT OU DE REMBOURSEMENT

CENTRE COMMUNAUTAIRE
sintra SAINT-CHARLES

Détails du demandeur

Nom et prénom	
Adresse	
Téléphone	
Courriel	

Transfert (Le montant à payer ou à créditer sera déterminé par la responsable)

Ancienne activité	
Nouvelle activité	
Coût de l'activité	

Remboursement

Activité (1)	
Activité (2)	
Expliquez en quelques mots la raison de votre demande.	

Signature du demandeur : _____ Date : _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date reçue : _____

INITIAL

Montant payé	\$	Méthodes de remboursement
Le coût des cours passé	\$	<input type="radio"/> Comptant
Pénalité (10% ou 50\$)	\$	<input type="radio"/> Carte de crédit
Montant à rembourser	\$	<input type="radio"/> Chèque

* Le montant sera calculé selon la « Politique d'annulation du CCSC »

Signature de la responsable : _____