



MUNICIPALITÉ DE SAINT-JOSEPH-DU-LAC

Demande de remboursement pour les frais de non-résidents

Nom de l'enfant : _____

Date de la demande : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

_____ Saint-Joseph-du-Lac, J0N 1M0

Numéro de téléphone : () _____

Chèque à l'ordre de : _____

ACTIVITÉS	LIEU	MONTANT
TOTAL		

Signé par (représentant de la ville) : _____

Note: Une photocopie des reçus doivent être agrafés à la présente demande.