

**CENTRE DE YOGA SAINTE-FOY
FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT**

COORDONNÉES

Nom		Prénom	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Session A <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Code postal	Courriel
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)		Téléphone (cellulaire)
Veillez indiquer votre ou vos cours		Code de Groupe :	Montant payé à l'inscription : \$
1er Cours :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$
2ème Cours :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$
Cochez le mode de paiement :	Chèque :		Carte de crédit :
MOTIF(S):			
RÉSERVER À L'ADMINISTRATION			
Demande reçue le :			
Nombre de cours écoulé (s) :			
Calcul des pénalités :			
Code budgétaire :			
Inscription au registre effectuée :	<input type="checkbox"/>		
Formulaire classé :	<input type="checkbox"/>		
Initiales et date :	<input type="checkbox"/>		
Preuve de paiement validée par :			
Remboursement effectué le :			
Autorisé par :			