



Union Lanaudière Sud

Demande de remboursement

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code Postal : _____ Téléphone : _____

Date de Naissance : _____ Sexe : _____

Remboursement demandé par :

Chèque Visa MasterCard Débit crédit prochaine saison

Raison de la demande

Informations de la carte de crédit

VISA Mastercard

Nom du détenteur : _____

Numéro de la carte :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date d'expiration : _____ Code de sécurité : _____

Bénéficiaire du chèque : _____

Signature du parent : _____ Date : _____

***Envoyer votre demande par courriel à jlandry@uls.soccer**

RÉSERVÉ A ULS

<u># chèque</u>	<u>Date</u>	<u>Montant</u>	<u>Approuvé par</u>	<u># de membre</u>