



Remboursement des articles scolaires 2016-2017

Information sur le parent ou tuteur

Nom	
Adresse	
Courriel	
Numéro de téléphone	

Information sur le ou les enfants

Nom	Adresse	Âge	Niveau

Nom du Magasin (1 ligne par facture)*	Montant demandé	Montant approuvé (réservé à l'administration)
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
Total	\$	\$

* Veuillez joindre les factures détaillées au présent formulaire.

Signature du parent ou du tuteur : _____ Date : _____

Réservé à l'administration	
Reçu le	
Reçu par	
Montant approuvé	
Numéro du Chèque	
Numéro du Compte	02 62900 499



Approuvé par : _____