

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL DES FRAIS D'ACTIVITÉS HORS TERRITOIRE.

La politique s'adresse à tous les résidents de la municipalité de Saint-Sulpice qui participent à des cours ou des activités qui ne sont pas offerts par la municipalité de Saint-Sulpice. Le formulaire doit être déposé au plus tard le 31 décembre de l'année en cours au bureau municipal situé au 1089 rue Notre-Dame à Saint-Sulpice ou par courriel à [loisirs@st-sulpice.com](mailto:loisirs@st-sulpice.com). Pour tous les détails de la politique, consultez notre site internet à [municipalitesaintsulpice.com](http://municipalitesaintsulpice.com)

Type d'activité	Aide financière maximum	Remboursement
Activités de loisirs, sportives ou culturelles	250 \$	Frais supplémentaires pour les non-résidents.
Sports de glace (17 ans et moins)	500 \$	

### Informations sur le participant

Nom du participant :			
Adresse :			
Téléphone :	Courriel :		
Date de naissance :			
Nom du réclamant :			

### Informations sur l'activité

Nom de l'activité :							
Nom de l'organisme qui offre l'activité :							
Lieu de l'activité :							
Date de début de l'activité :							
Fréquence de l'activité :	<input type="checkbox"/> Lun	<input type="checkbox"/> Mar	<input type="checkbox"/> Mer	<input type="checkbox"/> Jeu	<input type="checkbox"/> Ven	<input type="checkbox"/> Sam	<input type="checkbox"/> Dim
Nombre de séances :							
Tarif de l'activité RÉSIDENT :							
Tarif de l'activité NON-RÉSIDENT :							

### Documents à joindre

<input type="checkbox"/> Formulaire complété	<input type="checkbox"/> Preuve de résidence
<input type="checkbox"/> Facture officielle et détaillée de l'activité	<input type="checkbox"/> Preuve d'identité avec photo
<input type="checkbox"/> Preuve de paiement	<input type="checkbox"/> Preuve d'âge (si mineur)

Signature du réclamant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

<input type="checkbox"/> Demande acceptée	<input type="checkbox"/> Demande refusée	Date de réception de la demande : _____
Note :		Montant de la demande : _____
		Montant du remboursement octroyé : _____
		Autorisé par : _____