



**DEMANDE DE RÉSILIATION D'INSCRIPTION  
(Raison médicale seulement)**

| RÉSILIATION D'INSCRIPTION  |
|--|
| Madame, Monsieur,  |
| Mon enfant (nom et prénom) _____ est présentement inscrit au camp de jour de jour.   |
| En raison de _____ (problème de santé), je suis contraint de résilier son inscription. Je vous prie de bien vouloir me rembourser les sommes correspondant aux jours restants. |
| Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.   |
| P.J. Obligatoire : Billet médical  |

| COORDONNÉES DU DEMANDEUR (pour fin de remboursement) |               |
|--|---------------|
| Nom :  | Prénom :      |
| Adresse :  |               |
| Ville :  | Code postal : |
| Tél. (rés.) :  | Tél. (cel.) : |
| Courriel :   |               |
| Signature du demandeur :                             | Date :        |

| RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION               |
|--|
| Reçu le :                                |
| Nombre de jours/semaines restants :      |
| Montant du remboursement : _____ \$      |
| Modalités pour le remboursement : Chèque |
| Signature autorisée : _____ Date :       |