

Demande de Remboursement Activités Annulées COVID-19**

/! \ 1 formulaire par personne et par activité

**À retourner complété accompagné d'un RIB avant
le 15 novembre 2020**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Ville : Code postal :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Activité pratiquée :

Jour : Heure :

***Le remboursement sera effectué par virement sur votre compte bancaire, à la réouverture de l'établissement*

D'où l'importance de joindre votre RIB à votre dossier de demande

A

Le/...../.....

Signature :

Cadre réservé à l'administration

NOMBRE DE SEANCES :

MONTANT :