

# FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT

MJC MPT Annemasse

## Personne à qui est adressé le remboursement

NOM

PRENOM

NUMERO DE TELEPHONE

IBAN

## Adhérent/es concerné/es par le remboursement d'activité

NOM	PRENOM	ACTIVITE	JOUR	HORAIRE

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB A CE FORMULAIRE**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :