

**FORMULAIRE**  
**DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL**  
**ACCÈS CENTRE DE LA NATURE DU MONT-ST-HILAIRE**

Type d'abonnement :

Adresse de résidence :

---

---

Date de début et fin d'abonnement : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom des personnes :

---

---

---

---

---

---

Signature du demandeur :

---

Date : \_\_\_\_\_

Preuve de résidence :

(Type de document présenté)

---

Preuve - Centre de la Nature :

(Type de document présenté)

---

**Section réservée à l'administration**

Demande reçue le :

---

Par :

---

Vérification admissibilité : Oui

Non

Si non, raison :

---

Montant remboursé :

---

Date :

---