

**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)

\* Vous devez vous présenter en personne, à l'hôtel de ville (777, rue Laurier, Beloeil), pour le remboursement\*

**Section réservée à l'administration**

Demande reçue le : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_

Vérification admissibilité : Oui Non Si non, raison : \_\_\_\_\_

Montant remboursé : \_\_\_\_\_