

# POLITIQUE D'ACCESSIBILITÉ

**SESSION :**

Automne \_\_\_\_\_  
(AAAA)

Hiver \_\_\_\_\_  
(AAAA)

Été \_\_\_\_\_  
(AAAA)

**IMPORTANT :**

Le chèque devra être émis à l'ordre de :

Parent, répondant ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville, code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<p><b>FAMILLES NOMBREUSES (3e ENFANT ET PLUS)</b></p> <p><small>(pour obtenir un remboursement, cette partie doit être obligatoirement complétée avec les reçus d'inscriptions)</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">1<sup>er</sup> enfant (l'aîné)</th> <th style="width: 20%;">2<sup>e</sup> enfant</th> <th style="width: 30%;">3<sup>e</sup> enfant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Prénom :</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Date de naissance :</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Activité :</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Coût :</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">4<sup>e</sup> enfant</th> <th style="width: 20%;">5<sup>e</sup> enfant</th> <th style="width: 30%;">6<sup>e</sup> enfant</th> </tr> <tr><td>Prénom :</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Date de naissance :</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Activité :</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Coût :</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		1 <sup>er</sup> enfant (l'aîné)	2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant	Prénom :				Date de naissance :				Activité :				Coût :					4 <sup>e</sup> enfant	5 <sup>e</sup> enfant	6 <sup>e</sup> enfant	Prénom :				Date de naissance :				Activité :				Coût :			
	1 <sup>er</sup> enfant (l'aîné)	2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant																																						
Prénom :																																									
Date de naissance :																																									
Activité :																																									
Coût :																																									
	4 <sup>e</sup> enfant	5 <sup>e</sup> enfant	6 <sup>e</sup> enfant																																						
Prénom :																																									
Date de naissance :																																									
Activité :																																									
Coût :																																									
<input type="checkbox"/>	<p><b>BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE SOCIALE</b></p> <p>Assurance maladie # : _____</p> <p>Date d'expiration : _____</p>																																								
<input type="checkbox"/>	<p><b>ENFANT EN FAMILLE D'ACCUEIL</b></p> <p><small>(Une lettre du CSSS est requise)</small></p> <p>Nom du participant : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Ville : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>Activité : _____</p>																																								
<input type="checkbox"/>	<p><b>AÎNÉS (65 ANS ET PLUS)</b></p> <p><small>(La présentation d'une preuve d'âge est requise. Carte d'assurance maladie ou permis de conduire)</small></p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Ville : _____ Code postal : _____</p> <p>Date de naissance : _____ Téléphone : _____</p> <p>Preuve d'âge (assurance maladie #) : _____</p> <p>Activité : _____ Coût : _____</p>																																								

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

(JJ-MM-AAAA)

**NOTE :** Un seul type de réclamation par formule.  
Joindre la photocopie des reçus si la réclamation provient du parent ou d'un répondant.