

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT COVID19

CLUB

Nom: Prénom:

Adresse:

Code postal: Ville:

Date de naissance:

Mail: Tél:

Je demande le remboursement des cotisations* club de la saison 2020-2021 au prorata des cours effectué.

Date: Signature:

Formulaire à retourner

Remplissez ce formulaire et envoyé le avant le 31 octobre 2021 accompagné d'une enveloppe timbré à l'adresse: **GPEAMV, 4 square Cauchy 77100**
L'association s'engage à un remboursement avant le 1 janvier 2022.

* Hors assurance et licence ainsi que bon mairie

Association GROUPE DE PRATIQUE ET D'ETUDE DES ARTS MARTIAUX VIETNAMIENS

Inscrite au journal officiel des associations N° de parution : 20140001

Numéro RNA W771011612

Association GPEAMV CHARNY

Inscrite au journal officiel des associations N° de parution : 20140033

Numéro RNA W771012050

BUREAU

4 SQUARE CAUCHY

77100 MEAUX

06 76 87 21 08

contact@vvdx.fr

www.vvdx.fr