

Cadre réservé à l'administration

Date réception : Numéro enregistrement :
Date MAJ FU :
Date VER : MAR :
Date TRT :



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT - COVID19
ESPACE BIEN-ÊTRE**

IDENTITE DE L'ABONNE

NOM - Prénom _____
Date de naissance _____
Adresse postale _____
Adresse mail _____
Téléphone fixe _____
Téléphone portable _____

RENSEIGNEMENTS CARTE

Numéro de carte(s) d'accès _____
Durée initiale pass horaire 10 heures 20 heures 40 heures
Avez-vous bénéficié du tarif réduit? Oui Non

Cadre réservé à l'administration
Temps restant : _____
Montant horaire à rembourser _____

PIECES JUSTIFICATIVES

Relevé d'Identité Bancaire Justificatif domicile Justificatif tarif réduit (le cas échéant)

SIGNATURE

**J'ai pris connaissance des conditions de compensation du CNI et les accepte sans réserve.
Attention, tout dossier incomplet ne sera pas traité.**

A _____, le

jour	mois	année

Le demandeur
Nom, Prénom
Signature