

Camp de jour



FORMULAIRE RELEVÉ 24 - 2025

(Frais de camp de jour à réclamer)

Important

SI CETTE SECTION N'EST PAS REMPLIE, AUCUN RELEVÉ 24 NE SERA ÉMIS

ENFANT(S)

NOM : _____ PRÉNOM : _____
Date de naissance: (année/mois/jour) _____
Coût: _____ \$
NOM : _____ PRÉNOM : _____
Date de naissance: (année/mois/jour) _____
Coût: _____ \$
NOM : _____ PRÉNOM : _____
Date de naissance: (année/mois/jour) _____
Coût: _____ \$

Parent(s) à qui sera émis le relevé 24 (il est possible de séparer les %)

NOM COMPLET : _____	NOM COMPLET : _____
ADRESSE : _____ _____	ADRESSE : _____ _____
N.A.S : _____	N.A.S : _____
% DU CRÉDIT : _____ (Compléter l'autre colonne si moins de 100%)	% DU CRÉDIT : _____

SIGNATURE D'UN PARENT : _____ Date : _____

VOUS RECEVREZ VOTRE RELEVÉ 24 VERS LA FIN DU MOIS
DE FÉVRIER POUR VOTRE RAPPORT D'IMPÔTS.