



 **DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

**À envoyer par mail à :** pass-sports-cafat@ctos.nc

ou **à déposer à l’accueil du CTOS** - de 8h à 11h30 du lundi au vendredi

avec les pièces suivantes : le justificatif de prise de licence·s et le RIB du club (la 1ère fois uniquement)

**NOM DU CLUB :**

**AFFILIATION LIGUE :**

**NOM-PRÉNOM DU RÉFÉRENT :**

FONCTION AU SEIN DU CLUB :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Date de naissance | N° d’assuré social | Montant de la licence | Était-il/elle déjà licencié·e la saison précédente ? |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Nom | **Prénom** | **Date de naissance** | **N° d’assuré social** | **Montant de la licence** | **Était-il/elle déjà licencié·e la saison précédente ?** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**MONTANT TOTAL À REMBOURSER :**