

## REMBOURSEMENT DU MAGIC PASS

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Titulaire du compte : \_\_\_\_\_  
(pour le remboursement)

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

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées bancaires : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Partie réservée à la Commune :

- Pièce d'identité  
 Confirmation de commande

Date :

Visa de la Commune