



CENTRE
MULTI LOISIRS
SHERBROOKE

PROGRAMMATION ADULTE ET JEUNESSE

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT EN CAS DE RÉSILIATION DE CONTRAT

Pour les ateliers à exécutions successives (plus d'une séance) :

*** AVANT le début de l'activité :** remboursement à 100 % de l'inscription (à la réception du formulaire de résiliation).

*** APRÈS le début de l'activité :** le remboursement est calculé au prorata des semaines restantes de l'activité, à **partir de la date de réception du formulaire de résiliation de contrat** au Centre Multi Loisirs Sherbrooke, moins des frais d'administration de 10 % sur les semaines restantes de l'activité. Les frais de matériel, lorsqu'applicables, ne sont pas remboursables.

Pour les activités d'une seule séance : les conférences, les ateliers du volet alimentation et les activités se déroulant sur une seule journée ne sont pas remboursables. Conformément à la Loi de la protection du consommateur, il n'y a aucun remboursement.

**** AUCUNE note de crédit ne sera appliquée après le début de la session.**

Procédure en conformité avec les dispositions de la Loi sur la protection du consommateur. Une modification à la Loi prévaut sur ce fonctionnement.

FORMULAIRE DE RÉSILIATION DE CONTRAT (1 formulaire par personne)

À : **Centre Multi Loisirs Sherbrooke** situé au **1010, rue Fairmount, Sherbrooke (Québec) J1H 3N3**
(Nom de l'organisme) (Adresse de l'organisme)

Date : _____
(Date d'envoi du formulaire)

Raison de la résiliation : ☐ Conflit d'horaire ☐ L'activité ne correspond pas à mes attentes ☐ Blessure/chirurgie
☐ Autre (veuillez préciser) _____

En vertu de l'article 193 de la *Loi sur la protection du consommateur*, je résilie le contrat me liant avec le Centre Multi Loisirs Sherbrooke.

Conclu le _____ pour _____
(Date d'inscription à l'activité) (Prénom et nom de la personne)

(Nom de l'activité / nom des activités)

(Numéro de facture / numéros de factures)

(Prénom et nom de la personne qui demande l'annulation)

(Signature de la personne qui demande l'annulation)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de réception du formulaire : _____

Calcul : _____

(Signature de la direction)

(Signature du coordonnateur/de la coordonnatrice)