



**Formulaire de paiement ou remboursement (Sécurité incendie)**
**Identification**

<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Nom de famille										Prénom									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Numéro d'étudiant (DA)					Numéro de programme					Session									

**Mode de paiement**
**Centre de perception**

		Coût	Code de perception*						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<input type="checkbox"/>	Droits d'admission	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<input type="checkbox"/>	Droits afférents	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<input type="checkbox"/>	Frais de matériel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Total <sup>1</sup>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<input type="checkbox"/> J'autorise le Collège à prélever le montant total <sup>1</sup> sur ma carte de crédit.									
<input type="checkbox"/>	MasterCard	<input type="checkbox"/>	Visa	<input type="checkbox"/>	Chèque	<input type="checkbox"/>	Aucun paiement	<input type="checkbox"/>	Autre : _____
Numéro de carte :		<input type="text"/>				Expiration :		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	

Caissier

Date

 \* Indiquer le code de perception  
seulement si autre que 6351.

Signature du candidat

Date

**Mode de remboursement (section réservée à l'administration)**
**Centre de perception**

		Coût	Code de perception*						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<input type="checkbox"/>	Droits d'admission	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<input type="checkbox"/>	Droits afférents	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<input type="checkbox"/>	Frais de matériel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Total		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<input type="checkbox"/> Remboursement à l'employeur									
		Nom _____							
		Adresse _____							
		Ville _____		Code postal _____					
		Téléphone _____							
		Signature _____							
<input type="checkbox"/>	MasterCard	<input type="checkbox"/>	Visa	<input type="checkbox"/>	Chèque	<input type="checkbox"/>	Aucun remboursement	<input type="checkbox"/>	Autre : _____
Numéro de carte :		<input type="text"/>				Expiration :		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	

Caissier

Date

 \* Indiquer le code de perception  
seulement si autre que 6351.

Initiales de l'agente

Date