



Action Autisme  
Haute-Côte-Nord  
Manicouagan  
Adresse postale, C. P. 6143  
Baie-Comeau (Québec) G5C 0B7

## Reçu pour Programme d'accompagnement en loisir

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Activité : \_\_\_\_\_

Association :  
\_\_\_\_\_

Instructeur : \_\_\_\_\_

Date de la session : \_\_\_\_\_  
(date de début / date de fin)

Durée de l'activité (nb d'heure total) : \_\_\_\_\_

Taux horaire (\$/heure) : \_\_\_\_\_

Montant versé : \_\_\_\_\_

Signature de l'instructeur ou de l'accompagnateur : \_\_\_\_\_

*Section réservée à l'administration*

Reçu le : \_\_\_\_\_

No chèque : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_