



Action Autisme et TED
Haute-Côte-Nord
Manicouagan
adresse postale, C. P. 6143
Baie-Comeau Qc 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 : _____