

**FORMULAIRE D'AUTORISATION DE CARTE DE CRÉDIT/
CREDIT CARD BILLING AUTHORIZATION FORM**

Information de la carte de crédit / Credit card billing information

Nom apparaissant sur la carte / Name on Card	
Type de carte de crédit	Visa Master Card
No de carte de crédit / Credit card Number	
Date d'expiration / Expiry Date	
Indiquer les 3 ou 4 chiffres au verso de votre carte de crédit / Indicate the 3 or 4 digit numbers listed on the back of your credit card	
No de telephone / Telephone No	
Adresse courriel / Email address	

Charger une seule fois ma carte de credit pour le montant suivant (INSCRIRE LE MONTANT AUTORISÉ) / Bill my credit card once for the following amount. (ENTER AUTHORIZED AMOUNT)	
---	--

S'il vous plait appliquer ce paiement pour la personne (INSCRIRE LE NOM DE L'ÉTUDIANT) ou # facture / Please apply this payment to the following person (ENTER THE STUDENT'S NAME) or invoice number	
--	--

**Le demandeur convient que tous les renseignements fournis sont complets et exacts.
Applicant agrees that all information provided are complete and accurate.**

Signature autorisée
Authorized signature

Date

À retourner ce formulaire rempli au courriel suivant :

drolland@academiedespompiers.ca

Des questions ? Veuillez communiquer avec nous au 450-258-4460

Questions ? please contact us 450-258-4460