



# Cours d'éveil musical

## Formulaire d'inscription



Dès le mois de mai, votre garderie accueillera l'équipe de *Julie Sa Muse* pour des cours d'éveil musical auprès de vos tout-petits !

Le programme musical de *Julie Sa Muse* est éducatif et ludique et se conclut avec un spectacle où les enfants sont les vedettes ! À chaque mois, une nouvelle thématique est abordée à travers des chansons et des activités originales. Un spectacle aura lieu à la fin de la session !

Chaque sphère du développement de l'enfant est abordée dans les cours de musique (physique et moteur, social et affectif, cognitif et langagier) soit par la danse, par la pratique d'un instrument ou par le chant.

- Début de la session : 1<sup>er</sup> mai 2024
- Durée : 8 cours
- Coût : 7,30\$ (tout inclus) par cours soit 58,40\$ (tout inclus) pour la session complète
- Offert pour les enfants de 3 à 5 ans, tous sont les bienvenus !
- Option de prélèvement préautorisé à chaque paiement de frais de garde

\*\*\*Vous pouvez toutefois refuser les paiements préautorisés, ne pas remplir la ligne et le formulaire si c'est le cas\*\*\*

Je souhaite inscrire (nom de votre enfant) \_\_\_\_\_ aux cours d'éveil

musical pour la session d'hiver.

Courriel : \_\_\_\_\_

J'autorise (prénom et nom) \_\_\_\_\_ les prélèvements automatiques.

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

\*Aucun remboursement ne sera émis après la deuxième semaine de cours. Le parent s'engage à ce que son enfant soit présent lors des cours de musique, aucun remboursement ne sera émis en cas d'absence\*

\*\*\*NOUS FAIRE PARVENIR UN SPÉCIMEN CHÈQUE \*\*\*

# Entente de Service, Contrat

## ADHÉSION AU DÉBIT PRÉ-AUTORISÉ ACCORD DE DPA DU PAYEUR

**Julie Sa Muse**  
9 rue Principale, Ste-Clotilde-de-Horton  
Québec, J0A 1H0  
T. : (819) 336-6643

### Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)			N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)			Code postal
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)

### Organisme bénéficiaire – Information de contact

Nom de l'organisme <b>Julie Sa Muse</b>	A/S ou courriel <b>ateliers@juliesamuse.ca</b>	
Adresse (vue, ville, province) <b>9 rue Principale, Ste-Clotilde-de-Horton, QC</b>	Code postal <b>J0A 1H0</b>	Téléphone <b>(438)-397-8903</b>

### Autorisation de retrait

Je soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentant[s] dûment autorisé[s]), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits pré-autorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

mensuelle.     totalité du montant (58,40\$)

Chaque retrait correspondra (si l'option mensuelle est choisie):

à un montant fixe de 29,20\$ lequel pourra être majoré sans autre autorisation de ma part, pourvu que l'organisme bénéficiaire me transmette un avis écrit au moins 10 jours avant la date d'échéance du paiement en trois versements.

le tout constituant un DPA                       personnel / particulier                       d'entreprise

**Renonciation**

Je renonce à recevoir l'avis écrit de 10 jours mentionné ci-dessus.  
 J'accuse réception d'une copie de cet accord et je renonce à toute autre confirmation avant le premier Paiement

**Changement ou annulation :**

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de \_\_\_\_15\_\_\_\_ jours (maximum de 30 jours civils). Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière ci-dessus.

Remboursement

Consentement

Page 1 de 2 DPA

\_\_\_\_\_   
Initiales du parent

## Entente de Service, Contrat

---

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un DPA **personnel** et dans les 10 jours ouvrables du retrait pour un DPA **d'entreprise**, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit pré-autorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits pré-autorisés.

### Signature du ou des titulaires

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du compte

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature du second titulaire  
(s'il s'agit d'un compte pour lequel deux  
signatures sont requises)

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

**Important :** joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme bénéficiaire.

Entente de Service, Contrat

---

---