

Municipalité de Sainte-Clotilde

FORMULAIRE de DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE POUR L'ACHAT DE COUCHES LAVABLES

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR	
Nom et Prénom :	_____
Adresse :	_____
Numéro de téléphone :	_____
Courriel :	_____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE

Date de naissance de l'enfant	Nom de l'enfant	Montant de la facture	Réservé à la Municipalité Cotisation accordée

*La Municipalité fera un remboursement unique de 50\$ par enfant sur preuve d'achat de 100\$ ou plus de couches lavables.

Les documents suivants doivent être joints au formulaire :

1. Preuve d'âge de l'enfant;
2. Preuve de résidence;
3. Facture(s) de l'achat de 100\$ ou plus de couches lavables

Signature du demandeur

Date

Représentant de la municipalité

Date