



MUNICIPALITÉ DE SAINT-GABRIEL-LALEMANT

Formulaire de demande d'aide financière pour l'achat de couches lavables

Identification du demandeur

Statut du demandeur : Mère Père Tuteur légal

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. résidence/cell. : _____ Tél. bureau : _____

Courriel : _____

Identification de l'enfant ou des enfants

Nom : _____

Âge : _____ Date de naissance : _____

Âge : _____ Date de naissance : _____

Joindre à votre demande (obligatoire)

- Facture originale (qui vous sera rendue)
- Preuve de résidence (bail, compte de taxes, permis de conduire)
- Preuve de naissance de l'enfant ou des enfants

Engagement

Je certifie que les renseignements inscrits dans ce formulaire sont exacts. De plus, je déclare qu'il s'agit de la seule demande qui a été faite.

Signature

Date

**Envoi du formulaire par la poste au 12 avenue des Érables, Saint-Gabriel-Lalemant (Québec) G0L 3E0
ou par courriel à info@stgabrielkam.ca.**

À l'usage de la Municipalité de Saint-Gabriel-Lalemant

Remboursement alloué : _____

Autorisé par : _____

Date : _____