

MUNICIPALITÉ DE SAINT-FABIEN

20-A 7^e Avenue, Saint-Fabien G0L 2Z0

Tél.: 418 869 2950 Fax : 418 869 3265

Courriel : direction@saintfabien.net



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE ET D'ENGAGEMENT MORAL POUR L'UTILISATION DE COUCHES LAVABLES

PARENT OU TUTEUR (nom auquel doit être émis le chèque)

Nom : _____ **Prénom :** _____
Téléphone : _____ **Courriel :** _____

ADRESSE POSTALE

Numéro civique : _____ **Rue :** _____ **Case postale :** _____
Municipalité : _____ **Province :** _____ **Code postal :** _____

ENGAGEMENT MORAL

- Je reconnais avoir fait une demande de subvention à la Municipalité de Saint-Fabien pour l'achat d'au moins 18 couches lavables ;
- Je certifie que les renseignements fournis sont véridiques ;
- Je m'engage à utiliser des couches lavables pendant la période complète durant laquelle mon enfant sera aux couches ;
- En connaissance de cause, je signe le présent engagement.

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : _____ **Sexe :** _____

Nom et prénom de la mère : _____

Nom et prénom du père : _____

Signature du parent ou du tuteur _____ **Date :** _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Pièces justificatives reçues :

Preuve de naissance

Preuve de résidence

Preuve d'achat

Initiales : _____