MUNICIPALITÉ DE
Saint-Antonin

Formulaire
Demande de remboursement pour l'achat de couches lavables

Identification du demandeur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

No de téléphone : _____

Courriel : _____

Identification de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance ou d'adoption : _____

Si naissance ou adoption multiple :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance ou d'adoption : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance ou d'adoption : _____

Pour recevoir votre remboursement, vous devez fournir les documents suivants :

□ Original de la preuve d'achat des produits admissibles;

□ Photocopie du certificat de naissance/déclaration de naissance/certificat d'adoption de l'enfant;

□ Pièce d'identité du demandeur

□ Preuve de résidence.

J'affirme avoir pris connaissance des exigences du programme d'aide financière et j'atteste que les renseignements mentionnés dans le présent formulaire sont véridiques et complets.

Signature : _____

Date : _____