

Programme d'aide financière pour l'achat de produits d'hygiène féminine réutilisables

Formulaire de remboursement

Remboursement demandé par :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : (Résidence) _____ Bureau _____

Engagement du requérant :

Je certifie que les renseignements fournis sont véridiques.

Signature

Date

À l'usage de la Municipalité de Saint-Jacques seulement

Pièces justificatives reçues:

- Preuve d'achat :
- Preuve de résidence :
- Date limite respectée :

Vérifié par : _____ Date : _____

Autorisé par : _____ Date : _____