



Programme d'aide financière pour l'achat de couches ou culottes  
d'entraînement lavables et réutilisables  
Formulaire de remboursement

Remboursement demandé par :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Statut du requérant :            mère :     père :     tuteur :

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : (Résidence) \_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de l'enfant

\_\_\_\_\_

Date de naissance

Type de remboursement :     Couches (âge maximum de 1 an)  
    Culottes d'entraînement (âge maximum de **3** ans)

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 :     Preuve de naissance :     Date limite respectée :

Vérifié par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Autorisé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

 **Saint-Jacques** Municipalité de