Municipalité de Saint-Placide

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

PROGRAMME DE LA RÉGIE INTERMUNICIPALE ARGENTEUIL- DEUX-MONTAGNES

Demande d'aide financière Couche Lavable		
SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX		
PARENT 1	**Nom du parent**	**Prénom du parent**
	Adresse complète	
	Téléphone à la maison	**Téléphone cellulaire**
PARENT 2	**Nom du parent**	**Prénom du parent**
	Adresse complète	
	Téléphone à la maison	**Téléphone cellulaire**

Enfant		
Nom de l'enfant	**Prénom de l'enfant**	
Date de naissance	**Sexe**	☐ **Masculin** ☐ **Féminin**

Documents à joindre	☐ **Preuve de résidence**
	☐ **Preuve de naissance (Certificat de naissance)**
	☐ **Preuve d'achat (achat minimum 200 $ avant taxes)**

Par la présente, je déclare que les renseignements qui figurent dans ce formulaire sont exacts et complets.

Signature : _____ Date : _____

Note au demandeur : Déposez le présent formulaire accompagné des justificatifs requis au bureau municipal situé au : 281, montée Saint-Vincent, Saint-Placide (Québec) J0V 2B0 ou acheminez vos documents par la poste à la même adresse.

Les renseignements dans ce document sont confidentiels et conservés selon les prescriptions de la loi de l'accès à l'information du Québec.

Réservez à la municipalité de Saint-Placide	
Vérifié par :	Date :