

FORMULAIRE
PROGRAMME POUR LES PRODUITS D'HYGIÈNE DURABLES

COORDONNÉES DE LA PERSONNE DEMANDERESSE

PRÉNOM

NOM

DATE DE NAISSANCE

TÉLÉPHONE

COURRIEL

ADRESSE POSTALE

NUMÉRO CIVIQUE

RUE

C.P.

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

SIGNATURE *(nom à qui doit être émis le chèque)*

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE DEMANDERESSE

DATE DE NAISSANCE

NOM ET PRÉNOM DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTAL S'IL Y A LIEU

DATE DE NAISSANCE

SIGNATURE

DATE

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

RÉCLAMANT(E)	Nom de la personne concernée par la présente demande.	
PIÈCES JUSTIFICATIVES	Preuve de résidence (Oui/Non)	
	Preuve(s) d'achat (Oui/Non)	
DÉPENSE(S)	Montant total admissible	
REMBOURSEMENT	Remboursement octroyé par la Ville de Cookshire-Eaton	
PÉRIODE	Période de couverture du droit de remboursement en vertu du présent programme (du 1 ^{er} janvier d'une année au 31 décembre d'une même année)	