



Identification du demandeur

Si la demande concerne des produits achetés pour un enfant mineur, veuillez remplir la section du demandeur avec les informations du parent-payeur

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

De quel(s) type(s) de produit(s) lavable(s) s'agit-il ?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Culotte menstruelle | <input type="checkbox"/> Protège-dessous | <input type="checkbox"/> Coupe menstruelle | <input type="checkbox"/> Culotte absorbante |
| <input type="checkbox"/> Serviettes hygiéniques | <input type="checkbox"/> Inserts | <input type="checkbox"/> Couches lavables (adulte) | <input type="checkbox"/> Compresse allaitement |
| <input type="checkbox"/> Couches lavables (enfant) | | | |

Si la demande concerne des produits achetés pour un enfant mineur, veuillez fournir les informations suivantes ainsi que le certificat de naissance de votre enfant.

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Documents obligatoires à fournir avec votre demande

- Facture(s) originale(s) - Le nom de l'entreprise et les numéros de tps et tvq sont requis
- Copie d'une preuve de résidence (ex: compte de taxes, permis de conduire, etc.)
- Copie d'une preuve de naissance (si les produits ont été achetés pour un enfant mineur âgé de 17 ans et moins)

Attestation et signature

J'atteste que les produits d'hygiène durables lavables et réutilisables acquis avec l'aide financière de la Municipalité de McMasterville sont pour mon usage personnel ou pour celui de mon enfant, et je m'engage à les utiliser.

Veuillez retourner votre formulaire dûment complété et les documents obligatoires :

📍 255, boul. Constable, McMasterville, J3G 6N9

MERCI DE PARTICIPER À CE PROGRAMME



Signature du demandeur

Date