

Politique familiale de la Ville de Bedford

Programme de subvention pour l'achat de couches lavables

(Un seul remboursement par enfant ou naissance possible)

Prénom et nom de l'enfant :

Prénom(s) et nom(s) d'un des parents :

Certificat de naissance obligatoire (photocopie)

Âge de l'enfant : _____ mois 0-24 mois

Âge de l'enfant : _____ mois

Âge de l'enfant : _____ mois

Âge de l'enfant : _____ mois naissance multiple

Preuve de résidence obligatoire (photocopie compte de taxes ou bail à logement)

Adresse de l'enfant :

Bedford, QC
J0J 1A0

Téléphone : _____

Courriel : _____

Preuve d'achat obligatoire (document original, à partir du 20 février 2016)

Date de l'achat : _____ 20_____

Programme	Couverture	Maximum
<input type="checkbox"/> 0-24 mois	50 %	150 \$ / enfant
<input type="checkbox"/> naissance multiple	75 %	250 \$ / famille

Montant de l'achat : _____ \$ x _____ % = _____ \$

Remboursement : _____ \$

Subvention octroyée

Je reconnais que les renseignements fournis sont exacts et m'engage à utiliser des couches lavables pour mon enfant ou mes enfants.

Nom du parent ou du tuteur de l'enfant

_____/_____/_____
Date