

FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT

Programme des couches lavables

Renseignements sur le parent

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Roberval (Québec)

Code postal : _____ Téléphone (1) : _____

Courriel : _____ Téléphone (2) : _____

Renseignements sur l'enfant

Nom de l'enfant : _____

Âge : _____ Date de naissance : _____

Joindre obligatoirement à votre demande :

- ◇ Facture originale (le nom de l'entreprise et les numéros de TPS et TVQ sont requis);
- ◇ Copie d'une preuve de résidence (bail, compte de taxes, etc.);
- ◇ Copie d'une preuve de naissance (acte de naissance).

Expédier votre demande à :

Ville de Roberval
851, boulevard Saint-Joseph
Roberval (Québec) G8H 2L6
vroberval@roberval.ca

Signature : _____ Date : _____



Ville de Roberval
851, boulevard Saint-Joseph, Roberval, QC G8H 2L6
418 275-0202
roberval.ca

