

*Autres adultes demeurant à la même adresse

*Nom de famille	*Prénom	*Lien	*Sexe (m ou f)	*Âge

* Enfants demeurant à la même adresse

*Nom de famille	*Prénom	*Sexe (fille ou garçon)	*Âge

* Ci-dessous, écrire le motif de la demande, si besoin ajouter une lettre explicative

Restrictions alimentaires : je ne mange pas de porc je ne mange pas de viande

***** PHOTOCOPIES OBLIGATOIRES *****

***Source de revenu et montant :** Aide sociale _____ \$
(joindre les preuves à la demande)

- carnet réclamation
- avis de dépôt

Allocation de formation _____ \$/par adulte

Assurance emploi _____ \$

Autre(précision) _____

Notez bien : Seulement une demande par adresse postale

Signature du demandeur :

Date :

Pour plus d'information ou si vous avez des questions, communiquez avec nous au 819 562-0401