

Identification du demandeur / de la demanderesse

Nom et prénom _____ Conjoint(e) (même si divorcé(e)) _____

Adresse _____

rue _____ ville _____ code postal _____

Téléphone résidence _____ Téléphone travail _____ Courriel _____

Situation familiale du demandeur

Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Célibataire Conjoint de faits

Nombre de personnes à charge : _____

Adulte(s) _____ Enfant(s) _____ Âge _____ Âge _____ Âge _____ Âge _____

ATTESTATION DU DEMANDEUR

Si la famille a deux conjoints :

1. Les deux travaillent
2. Les deux sont aux études
3. Un travail, un est aux études
4. Les deux sont sans emploi
5. Un travail, un est sans emploi
6. Un est aux études, un est sans emploi

Si la famille est monoparentale :

1. Je travaille
2. Je suis aux études
3. Je suis sans emploi et reçois du chômage
4. Je suis sans emploi et reçois l'aide sociale
5. Autre : _____
(précisez)

REVENUS FAMILIAUX

A. REVENUS ANNUELS bruts de toute provenance au cours de l'année précédente : _____ \$
(selon votre déclaration d'impôt sur le revenu et celle de votre conjoint(e) s'il y a lieu)

B. AUTRES PRESTATIONS

Aide sociale _____ \$	Assurance chômage _____ \$
Pension alimentaire _____ \$	Allocation familiale fédérale _____ \$
Allocation Logement _____ \$	Allocation familiale provinciale _____ \$
Avis de cotisation/ Impôt _____ \$	Prêts et bourses _____ \$

TOTAL DES REVENUS : (A + B) = _____ \$

Montant de l'hypothèque ou du loyer MENSUEL (incluant chauffage et électricité) : _____ \$

Commentaires :

Combien d'enfants voulez-vous inscrire au CAMP DE JOUR DU CENTRE PÈRE SABLON: _____

Prénom et Nom _____	Âge : _____	Prénom et Nom _____	Âge : _____
1. 24 au 28 juin <input type="checkbox"/>	6. 29 juillet au 2 août <input type="checkbox"/>	1. 24 au 28 juin <input type="checkbox"/>	6. 29 juillet au 2 août <input type="checkbox"/>
2. 1 au 5 juillet <input type="checkbox"/>	7. 5 au 9 août <input type="checkbox"/>	2. 1 au 5 juillet <input type="checkbox"/>	7. 5 au 9 août <input type="checkbox"/>
3. 8 au 12 juillet <input type="checkbox"/>	8. 12 au 16 août <input type="checkbox"/>	3. 8 au 12 juillet <input type="checkbox"/>	8. 12 au 16 août <input type="checkbox"/>
4. 15 au 19 juillet <input type="checkbox"/>	9. 19 au 23 août <input type="checkbox"/>	4. 15 au 19 juillet <input type="checkbox"/>	9. 19 au 23 août <input type="checkbox"/>
5. 22 au 26 juillet <input type="checkbox"/>		5. 22 au 26 juillet <input type="checkbox"/>	

VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE :

Centre Père Sablon, 4265 Papineau, Montréal, Québec, H2H 1T3
 À l'attention de Mme Pascale Bibeau
 Tél. : 514-527-1256 poste 320 Fax : 514-527-3220
pbibeau@centresablon.com

DOCUMENTS À JOINDRE ABSOLUMENT À VOTRE DEMANDE :

- | | |
|--|---|
| 1. Avis de cotisation 2018 OU
Avis de cotisation 2017 + feuillet.s T-4 / Relevé.s 1 2018 | 3. Photocopie du feuillet Relevé 5 ou d'une lettre de votre bureau d'aide sociale |
| 2. Photocopie des prestations d'assurance-chômage de l'année en cours | 4. Photocopie des prestations fiscales pour enfant(s) |

VOTRE DEMANDE SERA TRAITÉE UNIQUEMENT SUR RÉCEPTION DES **PREUVES DEMANDÉES.**

VEUILLEZ ALLOUER **JUSQU'À 7 JOURS OUVRABLES** AFIN QUE L'ON VOUS CONTACTE POUR LE SUIVI DE LA DEMANDE.

N.B Si vous n'avez pas fourni tous les documents requis pour l'étude de votre dossier, votre demande ne pourra être étudiée et votre ne sera pas réservée.

Les renseignements fournis dans la présente demande seront traités de façon strictement confidentielle. Vous pouvez nous indiquer tout autre commentaire susceptible de nous aider dans l'évaluation de votre demande.

Veillez noter qu'un maximum de 5 semaines par enfant est admissible au programme d'aide financière pour le Camp de Jour.

J'atteste que tous les renseignements fournis dans la présente demande sont vrais. J'autorise les responsables du Centre Père Sablon à vérifier les renseignements déclarés. Toute fausse déclaration entraînera l'annulation de votre demande. Je déclare avoir pris connaissance qu'une aide financière accordée ne permet pas d'obtenir d'autres rabais.

Signature du demandeur

Date

RÉSERVÉ AU COMITÉ D'ÉTUDE

DEMANDE ADMISSIBLE : oui non

Nb de semaine	Coût réel	TOTAL
_____ X	167.00 \$	= _____ \$
_____ X	217.00 \$	= _____ \$
_____ X	_____	= _____ \$
	T-Shirt (obligatoire)	= + 10.00 \$
	Carte de membre (obligatoire)	= + 10.00 \$
	Coût total	= _____ \$
	À PAYER PAR LE DEMANDEUR	= _____ \$
	Aide financière accordée	= _____ \$

Autorisé par :

Date de l'étude :