# FORMULAIRE DE DEMANDE AU PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE POUR LES CAMPS DE JOUR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nom de la personne responsable** | | | |
| **Adresse de résidence** | | | |
| **Numéro civique** | | **Rue** | |
| **App.** | | **Ville** | |
| **Code postal** | | | |
| **No. de téléphone** | | **Courriel** | |

| | |
|---|---|
| **Nombre de personnes résidant à cette adresse** | 1 |

| | |
|---|---|
| **Personne 1** | |
| **Nom** | |
| **Prénom** | |
| **Date de naissance** | |
| **Cette demande concerne cette personne** | ☐ |
| **AB de la carte du citoyen si la demande concerne cette personne** | |

| | |
|---|---|
| **Personne 2** | |
| **Nom** | |
| **Prénom** | |
| **Date de naissance** | |
| **Cette demande concerne cette personne** | ☐ |
| **AB de la carte du citoyen si la demande concerne cette personne** | |

| | |
|---|---|
| **Personne 3** | |
| **Nom** | |
| **Prénom** | |
| **Date de naissance** | |
| **Cette demande concerne cette personne** | ☐ |
| **AB de la carte du citoyen si la demande concerne cette personne** | |

| | |
|---|---|
| **Personne 4** | |
| **Nom** | |
| **Prénom** | |
| **Date de naissance** | |
| **Cette demande concerne cette personne** | ☐ |
| **AB de la carte du citoyen si la demande concerne cette personne** | |

| | |
|---|---|
| **Personne 5** | |
| **Nom** | |
| **Prénom** | |
| **Date de naissance** | |
| **Cette demande concerne cette personne** | ☐ |
| **AB de la carte du citoyen si la demande concerne cette personne** | |

| | |
|---|---|
| **Personne 6** | |
| **Nom** | |
| **Prénom** | |
| **Date de naissance** | |
| **Cette demande concerne cette personne** | ☐ |
| **AB de la carte du citoyen si la demande concerne cette personne** | |

| Personne 7 | |
|---|---|
| **Nom** | |
| **Prénom** | |
| **Date de naissance** | |
| **Cette demande concerne cette personne** | ☐ |
| **AB de la carte du citoyen si la demande concerne cette personne** | |

| Situation de vie de la personne responsable de la famille |
|---|
| Famille adoptive (enfant vit avec des parents non biologiques) |

| Statut d'immigration |
|---|
| Immigrant, arrivé au Québec depuis plus de 5 ans |

| Situation particulière (sinistre, maladie, autre) |
|---|
| |

| Organisme/école référant (s'il y a lieu) | |
|---|---|
| **Nom de l'organisme/école référant** | |
| **Nom de l'intervenant référant** | |
| **Numéro de téléphone de l'intervenant** | |
| **Courriel de l'intervenant** | |

Envoyer le formulaire rempli ainsi qu'une (1) preuve de **revenu familial** claire, visible et actuelle parmi les suivantes à l'adresse pafcj@blainville.ca

- Carnet de réclamation;
- Avis de cotisation T-451 de Revenu Canada ou l'avis TPF-98 du ministère des Finances du Québec de l'année précédente;
- Trois relevés de paie consécutifs les plus récents;
- Prestation canadienne d'urgence (PCU).