

Demande de participation aux frais d'élimination de couches pour bébés

Données du dema	<u>ndeur:</u>	
Je soussigné(e)		
Matricule	Nom	Prénom
iviatricule	N° (13 chiffres)	
demeurant à	n° rue	Code postal et localité
Téléphone	ii iue	code postar et localite
reiephone	Fixe	Mobile
Adresse email		
Compte bancaire		
	Institut bancaire (BIC-Code)	n° compte bancaire IBAN
demande un subsi	de de 4 00 € nar mois nour l'enfar	nt en dessous de 3 ans désigné ci-après:
		it en dessous de 5 dins designe er apres.
Données de l'enfa	<u>nt:</u>	
Enfant	Nom	Prénom
Matricule	Nº /12 ab:ff	
	N° (13 chiffres)	
		à l'Administration communale de Betzdorf
	avant le 31 déc	cembre de l'année en cours.
	La demande doit é	être renouvelée chaque année.
	Le subside est	liquidé à la fin de l'exercice.
Localité	,le date	Signature:
Localite	uate	

Renvoyer à l'Administration communale de Betzdorf

par e-mail : <u>subvention@betzdorf.lu</u>

par courrier : Administration communale de Betzdorf – 11, rue du château – L-6922 Berg

Renseignements: T. 28 13 73