



**PROGRAMME POUR FAVORISER**  
**L'UTILISATION DE PRODUITS RÉUTILISABLES**  
**D'HYGIÈNE FÉMININE ET/OU**  
**DE PROTECTION CONTRE L'INCONTINENCE**

Je certifie que je réside sur le territoire de la Municipalité de Brigham.

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Municipalité : Brigham, Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Espace réservé à la Municipalité de Brigham

MONTANT SUBVENTIONNÉ :

50 % de \_\_\_\_\_ \$ = \_\_\_\_\_ \$ ou  100 \$ ( le moins élevé des montants)

Demande acceptée le \_\_\_\_\_

Par \_\_\_\_\_

**Note: Joindre avec votre demande :**

- ✓ Une preuve de résidence.
- ✓ Une copie de la facture d'achat de produits réutilisables d'hygiène féminine et/ou de protection contre l'incontinence

**Si toutes les conditions sont remplies, un chèque sera émis et posté à votre domicile.**