



**COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU PAYS DE REVIGNY
DEMANDE D'ATTRIBUTION D'UNE REDUCTION
POUR LES MAJEURS UTILISANT DES COUCHES JETABLES**

N° Emplacement :

NOM :

Prénom :

Adresse :

N° Téléphone

Adresse mail :

Personne concernée :

NOM	Prénom	Date de Naissance

Pièces à fournir :

- Copie de la carte d'identité
- Facture nominative d'achat des couches

Fait à Revigny, le _____

Signature

Production des factures :

	2022	2023	2024	2025	2026
Date de dépôt					
Montant des factures					
Dossier complet					
Poids réels					
Poids déduits					