

# SUBSIDE POUR L'ÉLIMINATION DE COUCHES DE BÉBÉS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
Nom Prénom

Matricule \_\_\_\_\_  
N°

demeurant à \_\_\_\_\_  
N° Rue Code postal et localité

Téléphone \_\_\_\_\_  
Privé Bureau Mobile

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Compte bancaire \_\_\_\_\_  
Institut bancaire (BIC-Code) N° compte bancaire (IBAN)

prie le collège échevinal de la commune de Mamer de bien vouloir m'accorder un subside pour l'enfant en **dessous de 3 ans** désigné ci-après:

Nom et prénom de l'enfant \_\_\_\_\_  
Nom Prénom

Matricule de l'enfant \_\_\_\_\_  
N°

**La demande doit être envoyée à l'administration communale de Mamer  
avant le 31 décembre de l'année en cours.**

**La demande doit être renouvelée chaque année.**

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
Localité Date

**Renvoyer à l'Administration communale de Mamer:**

par e-mail: finances@mamer.lu

par courrier: Administration communale de Mamer • Comptabilité générale • B.P. 50 • L-8201 MAMER