



Association des
Popotes Roulantes
de Laval

Formulaire de demande du fonds de solidarité

Entre l'organisme :

L'Association des Popotes Roulantes de Laval

1870, rue Michelin

Laval, H7L 4R3

Tel : (579) 934-3980

Fax : (579) 934-3981

administration@popoteroulantelaval.org

Et le prestataire du fonds :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Numéro de dossier : _____

Tel : _____

Courriel : _____

Popote roulante : GELR SBEVA SCAMA CEDM BAA STNC

Nom de l'intervenant responsable:

Tel : _____

Courriel : _____

Date de début de l'aide financière : _____

Pour chaque repas :

Montant assumé par le prestataire: ____ Montant assumé par le Fonds _____





Association des
Popotes Roulantes
de Laval

Raison du besoin de l'aide financière :

Date de fin de l'entente : _____

SIGNATURES

_____ **Signature du prestataire**

_____ **Signature de l'intervenant responsable**

En foi de quoi, les parties ont signé à Laval, ce ____ jour de _____ de l'année _____.

Signature du représentant de l'Association des Popotes Roulantes de Laval

