



Formulaire de financement pour répit-gardiennage

Nom et prénom du membre faisant la demande :

Nom et prénom de la ou des personnes visées :

Nom et prénom de la personne ressource :

Date du répit/gardiennage : _____

Montant demandé : _____ \$

Signature du membre

Signature de la personne ressource

Réservé à l'administration d'Autisme Côte-Nord	
Formulaire reçu le	
Montant à payer	
Payé en date du	