



Commune de Martigny-Combe

Formulaire de demande de mesure sociale d'accompagnement

Requérant/e

Nom et prénom :

Téléphone :

Rue :

NPA et localité :

Nature de la demande

Enfant (nom de l'enfant au bénéfice de la mesure)

Motif médical (nom de la personne au bénéfice de la mesure)

Lieu du retrait des sacs

Bureau communal

CMS Martigny

Documents à joindre à la présente demande :

Enfants jusqu'à 36 mois : tout document attestant de la naissance de l'enfant

Motif médical : certificat médical

Le/la soussigné/e atteste avoir donné tous les renseignements nécessaires et avoir pris connaissance que de fausses déclarations sont susceptibles de sanctions.

Martigny-Croix, le

Signature :

Bulletin à remettre ou envoyer à :

Administration communale de Martigny-Combe
route de la Croix 32 / case postale 25
1921 Martigny-Croix

A compléter par la Commune

Nombre de sacs à remettre : sacs Timbre et visa :

Signature de réception des sacs (par le/la requérant/e)

Date :

Signature :