



CLUB LIONS D'AMOS
DEMANDE DE DON POUR LUNETTES



DEMANDEUR	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Téléphone :	
Courriel :	
Revenu (ligne 199) Déclaration provinciale :	
État civil :	
Nombre de personnes à charge :	

RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) CONJOINT(E) S'IL Y A LIEU	
Nom :	
Prénom :	
Revenu (ligne 199) Déclaration provinciale :	

PERSONNE VISÉE PAR LA DEMANDE DE DON	
Nom :	
Prénom :	
Âge :	
Lien de parenté :	

RAISON DE LA DEMANDE DE DON	

Clinique d'optométrie :	
Personne responsable :	(nom) (prénom)

Coût de la monture :	
Coût des verres :	
TOTAL :	
Contribution du demandeur :	
Demande de don :	

RÉFÉRENCE OU RESSOURCE D'AIDE		
CLSC (infirmière)	Organisme communautaire	Travailleur social
Nom de l'organisme		
Nom de la ressource d'aide:		
Téléphone :		

Signature du demandeur

Date