

## SUBSIDE POUR L'ELIMINATION DE COUCHES DE BEBES

Je soussigné(e)   
Nom, Prénom

demeurant à   
No, Rue, CP et Localité

Téléphone   
Privé, Bureau, Mobile

Compte bancaire  LU   
Institut bancaire (BIC-Code) No compte bancaire (IBAN)

prie le collège échevinal de la Commune de Schuttrange de bien vouloir m'accorder un subside annuel pour l'enfant en dessous de 2 ans désigné ci-après:

Nom et prénom de l'enfant:

Matricule de l'enfant

La demande doit être renouvelée chaque année.

Réservé à l'administration communale :	
début subside:	
jusqu'au :	
renouvellement de la demande :	
jusqu'au :	
GESCOM :	

**Renvoyer à:**  
Administration communale de Schuttrange  
c/o Laurent HARTZ  
2, Place de l'église L-5367 Schuttrange  
Tel. 35 01 13 231 / Fax. 35 01 13 259  
[laurent.hartz@schuttrange.lu](mailto:laurent.hartz@schuttrange.lu)

Signature du requérant:

Administration communale:

Schuttrange. le