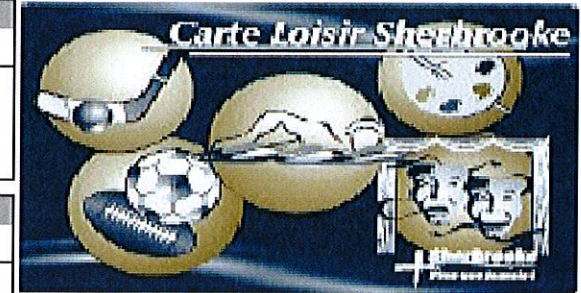


Formulaire de renouvellement ou de changement d'adresse

Carte Loisir Sherbrooke

ADRESSE ACTUELLE OU NOUVELLE ADRESSE de la résidence familiale																		
No civique			Appartement			Rue												
S	H	E	R	B	R	O	O	K	E	Q	U	É	B	E	C	Code Postal		
Ville			Province			Code Postal												

ANCIENNE ADRESSE									
No civique			Appartement			Rue			
Ville			Province			Code Postal			



N° Carte Loisir Sherbrooke	Preuve *	Coordonnées du DEMANDEUR ou de la DEMANDERESSE (ADULTE)										Sexe	Date de Naissance			
1		Nom:											<input type="checkbox"/> M	Année	Mois	Jour
		Prénom:											<input type="checkbox"/> F			
		Tél. résidence:						Tél. travail:								
		Courriel:											poste			

La preuve de résidence est requise lors du changement d'adresse ou du renouvellement afin de certifier que le citoyen est toujours résident de Sherbrooke

N° Carte Loisir Sherb.	CONJOINT ET ENFANTS (demeurant sous le même toit) Inscrire les n° de carte et les noms																																														
2	<table border="1"> <tr> <td>CONJOINT</td> <td>Nom :</td> <td colspan="10"></td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Prénom :</td> <td colspan="10"></td> <td><input type="checkbox"/> F</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	CONJOINT	Nom :											<input type="checkbox"/> M	Année	Mois	Jour		Prénom :											<input type="checkbox"/> F																	
CONJOINT	Nom :											<input type="checkbox"/> M	Année	Mois	Jour																																
	Prénom :											<input type="checkbox"/> F																																			
3	<table border="1"> <tr> <td>ENFANT</td> <td>Nom :</td> <td colspan="10"></td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Prénom :</td> <td colspan="10"></td> <td><input type="checkbox"/> F</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>N° Ass. Mal :</td> <td colspan="5"></td> <td>Exp. :</td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ENFANT	Nom :											<input type="checkbox"/> M	Année	Mois	Jour		Prénom :											<input type="checkbox"/> F					N° Ass. Mal :						Exp. :						
ENFANT	Nom :											<input type="checkbox"/> M	Année	Mois	Jour																																
	Prénom :											<input type="checkbox"/> F																																			
	N° Ass. Mal :						Exp. :																																								
4	<table border="1"> <tr> <td>ENFANT</td> <td>Nom :</td> <td colspan="10"></td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Prénom :</td> <td colspan="10"></td> <td><input type="checkbox"/> F</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>N° Ass. Mal :</td> <td colspan="5"></td> <td>Exp. :</td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ENFANT	Nom :											<input type="checkbox"/> M	Année	Mois	Jour		Prénom :											<input type="checkbox"/> F					N° Ass. Mal :						Exp. :						
ENFANT	Nom :											<input type="checkbox"/> M	Année	Mois	Jour																																
	Prénom :											<input type="checkbox"/> F																																			
	N° Ass. Mal :						Exp. :																																								
5	<table border="1"> <tr> <td>ENFANT</td> <td>Nom :</td> <td colspan="10"></td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Prénom :</td> <td colspan="10"></td> <td><input type="checkbox"/> F</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>N° Ass. Mal :</td> <td colspan="5"></td> <td>Exp. :</td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ENFANT	Nom :											<input type="checkbox"/> M	Année	Mois	Jour		Prénom :											<input type="checkbox"/> F					N° Ass. Mal :						Exp. :						
ENFANT	Nom :											<input type="checkbox"/> M	Année	Mois	Jour																																
	Prénom :											<input type="checkbox"/> F																																			
	N° Ass. Mal :						Exp. :																																								
6	<table border="1"> <tr> <td>ENFANT</td> <td>Nom :</td> <td colspan="10"></td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Prénom :</td> <td colspan="10"></td> <td><input type="checkbox"/> F</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>N° Ass. Mal :</td> <td colspan="5"></td> <td>Exp. :</td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ENFANT	Nom :											<input type="checkbox"/> M	Année	Mois	Jour		Prénom :											<input type="checkbox"/> F					N° Ass. Mal :						Exp. :						
ENFANT	Nom :											<input type="checkbox"/> M	Année	Mois	Jour																																
	Prénom :											<input type="checkbox"/> F																																			
	N° Ass. Mal :						Exp. :																																								

* 1 PREUVE de résidence obligatoire à fournir

- a) Facture d'électricité récente
- b) Facture de téléphone récente
- c) Copie du permis de conduire

Copie des cartes d'assurance-maladie des enfants à transmettre également

Retourner ce formulaire rempli avec une preuve de résidence récente et la copie de la carte d'assurance maladie des enfants à l'un des points de service identifiés.

Signature du demandeur

Date