



MILITARY FAMILY SERVICES  
SERVICES AUX FAMILLES DES MILITAIRES

## PROGRAMME DES SERVICES AUX FAMILLES DES MILITAIRES ET DES VÉTÉRANS – DÉCLARATION DE LA DEMANDE

Toute personne signant ce formulaire certifie et accepte les déclarations ci-dessous.

- a. Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande de financement pour les services des services aux familles des militaires et des vétérans (PSFMV) et tout document à l'appui sont véridiques, exacts et complets.
- b. Je certifie que le commandant de la base ou de l'escadre a été informé du contenu de la présente demande.
- c. Je certifie que j'ai la capacité et l'autorisation de signer cette demande de financement pour les services annuels des PSFMV au nom de l'organisme demandeur.

---

### DÉNOMINATION SOCIALE DE L'ORGANISME DEMANDEUR

---

Nom du directeur général

---

Signature du directeur général

---

Date

---

Nom du représentant du conseil d'administration

---

Signature du représentant du conseil d'administration

---

Date

**Pour le commandant de la base, de l'escadre, de la station, du détachement ou de l'unité**

À des fins administratives seulement : je reconnais avoir examiné l'application pour la base, l'escadre, la station, le détachement ou l'unité.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_