**FORMULAIRE : IMPÔT DES PARTICULIERS**

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMATIONS GÉNÉRALES | |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Date de naissance (année / mois / jour) : |  |
| Numéro d’Assurance Social (NAS) : |  |
| Numéro de téléphone : |  |
| Adresse : |  |
| Ville : |  |
| Code postal : |  |
| Province : |  |
| Courriel : |  |
| État civil :  (Si changement durant l’année, inscrire la date du changement) |  |
| Assurances médicament : | J’ai été couvert toute l’année |
| J’ai été couvert pour les mois suivants :  (Faire un √ sur mois couverts)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Janvier | Février | Mars | Avril | | Mai | Juin | Juillet | Août | | Septembre | Octobre | Novembre | Décembre | |

|  |  |
| --- | --- |
| CONJOINT(E) | |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Date de naissance (année / mois / jour) : |  |
| Numéro d’Assurance Social (NAS) : |  |
| Revenu net 2024 : |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PERSONNES À CHARGE (ENFANTS) | | | | | | |
|  | Personne 1 | | Personne 2 | | Personne 3 | |
| Nom : |  | |  | |  | |
| Prénom : |  | |  | |  | |
| Date de naissance :  (Année / mois / jour) |  | |  | |  | |
| Numéro d’Assurance Social (NAS) : |  | |  | |  | |
| Revenu net : |  | |  | |  | |
| Frais de scolarité : |  | |  | |  | |
| Garde partagée (%) : |  | |  | |  | |
| Pension alimentaire versée ou reçue : | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |
| Frais d’activité sportive ou culturelle : | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |
| Frais de garde (garderie, camps de jour, etc.) : | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |

****