



REMBOURSEMENT DE DÉPENSES

(voir politique de remboursement au verso)

Informations :

Numéro de téléphone : (____) _____ - _____

Activité : _____

Nom : _____

Lieu : _____

(Nom et prénom en lettres moulées s.v.p.)

Date départ : _____

Date de retour : _____

| | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| FRAIS DE DÉPLACEMENT | Voiture louée par le SEVM : | Location : \$ _____ |
| | | Essence : \$ _____ |
| | Voiture personnelle : | Nb de km _____ 0.61\$/km \$ _____ |
| | Train/autobus/taxi : | \$ _____ |
| INCITATIF AU COVOITURAGE | Nom (s) des accompagnatrices/teurs _____ | Nb de km _____ 0.10\$/km \$ _____ |
| HÉBERGEMENT (voir verso) | Chambre, stationnement (pièces justificatives requises) | \$ _____ |
| | Chez parent/ami (e) <input type="checkbox"/> Nom : _____ | \$ _____ (ajoutez 30\$/nuitée s'il y a lieu) |
| STATIONNEMENT | (autre qu'à l'hôtel) Pièce justificative requise! | \$ _____ |
| FRAIS DE REPAS | Déj. <input type="checkbox"/> Déj. <input type="checkbox"/> Déj. <input type="checkbox"/> Nb : _____ X 20.00\$ = _____ | |
| | Diner <input type="checkbox"/> Diner <input type="checkbox"/> Diner <input type="checkbox"/> Nb : _____ X 35.00\$ = _____ | |
| | Souper <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Nb : _____ X 45.00\$ = _____ | \$ _____ |
| | Collation : 5\$ de journée Nb : _____ X 5.00\$ = _____ 10 \$ si coucher Nb : _____ X 10.00\$ = _____ | \$ _____ |
| Frais de gardiennage (Maximum 96\$/jour) | Nb d'heures: _____ X 8.00\$ = _____ | \$ _____ |
| AUTRES FRAIS PAYÉS : | Frais S.P.R. : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> | \$ _____ |
| REMBOURSEMENT À DEMANDER | CSQ <input type="checkbox"/> FTQ <input type="checkbox"/> FSE <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> _____ | \$ _____ |

SOUS-TOTAL (inclue toutes les dépenses) : \$ _____

COMMENTAIRE :

MOINS FRAIS SUR LA CARTE VISA : \$ _____

DATE : _____ 20 _____

TOTAL : \$ _____

Signature : _____

N° chèque/dépôt direct : _____

Veuillez agraffer les pièces justificatives au verso svp!

Poste budgétaire : _____