

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE DÉPENSES ENCOURUES

STTPEM - CSN, 7900, boul.Taschereau, Édifice E, bureau 100, Brossard, Québec, J4X 1C2



Nom de la réclamante ou du réclamant

Adresse

Ville

code postal

Nom du CPE et de l'installation

À l'usage de la trésorerie

Jour						Total
Date le:						Annexer les reçus
Description de l'activité						

maximum avec le reçu

Diner	25.55 \$					
-------	----------	--	--	--	--	--

(km maison/endroit de l'activité-km maison/cpe = km à réclamer si plus de 15 km)

063.2 / Km						\$
Nombre de kilomètres						

Autres dépenses \$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Explications						

Salaire _____ heures X _____ \$ Salaire = _____ \$

Avantages sociaux _____ :

Total du salaire et avantages sociaux \$

Total de la réclamation \$

Je déclare le tout conforme à la vérité

Signature obligatoire de la réclamante ou du réclamant

Date