



Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches



Programme Jeunesse

Pour un remboursement télécopier au 418-685-3442

Nom			
Téléphone			
	Année	mois	jours
Date			
Formation			
Lieux : Départ			
Lieux : Arrivé			

(Espace réservé à la comptabilité)	
Date	
Chèque ou dépôt	
Montant	

Frais de déplacement _____ KM x 0,545 \$

Stationnement (reçus) _____ \$

_____ \$

Hôtel sur présentation de
facture maximum 150,00\$

Remplacement	Date	Montant	
AM	_____	13,50/h	_____ \$
PM	_____	13,50/h	_____ \$
Soirée	_____	13,50/h	_____ \$

Repas	Nombre	Date	Montant	
Déjeuner	_____	_____	10,40 \$	_____ \$
Dîner	_____	_____	14,30 \$	_____ \$
Souper	_____	_____	21,55 \$	_____ \$
	_____	_____		_____ \$

Sur présentation de facture autorisée

Divers

_____ \$ _____ \$

_____ \$ _____ \$

TOTAL : _____ \$

(Signature du membre)	ADREQ personne autorisée	Établissement personne autorisée
--------------------------	--------------------------	----------------------------------