



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



Programme Jeunesse

Pour un remboursement télécopier au 418-685-3429

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	0,59	Min 14,75	_____	\$
Stationnement (reçus)	_____	\$			_____	\$
	_____	\$			_____	\$
Hôtel sur présentation de facture maximum 1,00\$	_____				_____	\$
Remplacement	Date		Montant			
Remplacement de moins de 3h dans une journée	_____		40,00 \$		_____	\$
Remplacement entre 3h et 5h59 dans une journée	_____		80,00 \$		_____	\$
Remplacement entre 6h et 8h59 dans une journée	_____		110,00 \$		_____	\$
Remplacement entre 9h et 11h59 dans une journée	_____		150,00 \$		_____	\$
Remplacement de 12hrs et plus dans une journée	_____		180,00 \$		_____	\$
Repas	Nombre	Date	Montant			
Déjeuner	_____	_____	13,75 \$		_____	\$
Dîner	_____	_____	18,90 \$		_____	\$
Souper	_____	_____	28,50 \$		_____	\$
	_____	_____			_____	\$
Sur présentation de facture autorisée						
Divers						
					_____	\$
					_____	\$
			TOTAL :		_____	\$

(Signature du membre)

ADREQ personne autorisée

Établissement personne autorisée