



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	0,60	Min 15,00	_____	\$
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
--------------------------	--------------------------	----------------------------------