

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DES DÉPENSES LORS DES JOURNÉES CSNO

Nom du réclamant : _____

Date de la journée CSNO _____

NB : LA RÉCLAMATION DOIT ÊTRE SOUMISE DANS UN DÉLAI DE CINQ JOURS SANS QUOI AUCUN REMBOURSEMENT NE SERA ACCORDÉ

*Distances aller –retour de :

ÉNF à ÉQV = 404 km ; ÉQV à HÉR = 140 km ; HÉR à ÉNF = 342 km ; ÉNF à CSNO = 432 km ; HÉR à CSNO = 122 km

*Covoiturage : 4 passagers ou plus = remboursement 100% ; 2 à 3 passagers = 50% du remboursement ; 1 passager = 0

DATE	DESTINATION	KM .55 \$/KM	NOM DES AUTRES MEMBRES DU PERSONNEL QUI ONT VOYAGÉ AVEC VOUS	TOTAL
			1.	
			2.	
			3.	
			4.	
			5.	
			6.	
			7.	
TOTAL :		Nombre km X 0.50 =		\$

Date remise à la direction _____

Signature _____

Date de l'approbation de la direction d'école : _____

Signature de la direction _____