

# Annexe



**PER 9.1.3**

DOMAINE : **PERSONNEL**

RÉFÉRENCE : PER 9.1 – Demande de participation et de remboursement – conférences, ateliers

*L'usage du masculin a pour but d'alléger le texte.*

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT ACTIVITÉ DE PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL

Nom \_\_\_\_\_ École \_\_\_\_\_  
 Titre du poste \_\_\_\_\_ Adresse à domicile \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ rue \_\_\_\_\_ ville \_\_\_\_\_  
 Nom de l'activité \_\_\_\_\_ Programme PIPNPE   
 Lieu de l'activité \_\_\_\_\_  
 Date et heure d'ouverture \_\_\_\_\_ Date et heure de clôture \_\_\_\_\_

	Dépenses réclamées	Dépenses payées par Conseil ou carte d'achats
	\$	\$
<b>FRAIS D'INSCRIPTION</b>		
<b>REPAS ET LOGEMENT</b>		
a) Le coût réel d'hébergement (chambre ami/parent - 25 \$ par jour)	\$	\$
b) Un montant fixe sera alloué pour les repas (petit déjeuner 10 \$, déjeuner 15 \$, dîner 30 \$). <b>Les repas inclus dans l'inscription devront être déduits.</b> <b>Si l'activité est payée ou remboursée par le ministère de l'Éducation, veuillez conserver les reçus originaux de vos repas.</b> ( ) petit déjeuner _____ \$    ( ) déjeuner _____ \$    ( ) dîner _____ \$	\$	\$
a) Véhicule personnel - kilométrage _____ x taux _____	\$	\$
b) Véhicule loué <input type="checkbox"/> Essence <input type="checkbox"/>		
c) Avion <input type="checkbox"/> Autobus <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/>	\$	\$
d) Stationnement <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/>	\$	\$
e) Autres (spécifiez) _____	\$	\$
Dépenses totales	\$	\$
Moins l'avance	\$	\$
Remboursement	\$	\$

**REÇUS ORIGINAUX**

Vous devez justifier les dépenses réclamées en annexant vos reçus originaux au présent formulaire.

**CARTE D'ACHATS**

Si vous avez payé des dépenses pour cette activité avec votre carte d'achats, veuillez annexer une copie de ce formulaire dûment rempli au formulaire *Conciliation - carte d'achats VISA Desjardins*.

**VEUILLEZ LIBELLER LE CHÈQUE À L'ORDRE DE :**

\_\_\_\_\_ (nom en lettres moulées)  
 \_\_\_\_\_  
 Signature du membre du personnel  
 \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_ Approbation \_\_\_\_\_

Vendeur		Facture		B.C.
Centre de coûts	Article	Fonds	Ordre	Répartition
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
<b>Paiement approuvé</b>		<b>Numéro du document</b>		

Veuillez remettre ce formulaire dûment rempli à votre surintendant de l'éducation ou à votre directeur de service aux fins d'approbation dans les quinze (15) jours ouvrables qui suivent l'activité.