

## Formulaire de réclamation de dépenses encourues

STTPEM-CSN, 7900, Boul.Tachereau, Édifice E, bureau 100, Brossard, Québec, J4X 1C2



Nom de la réclamante ou du réclamant		
Adresse	Ville	code postal
Nom du CPE et de l'installation		

### À l'usage de la trésorerie

	Jour						Total
	Date le:						Annexer les reçus
	Description de l'activité						

*maximum avec le reçu*

Dîner	24,50 \$						
-------	----------	--	--	--	--	--	--

*(km maison/endroit de l'activité-km maison/cpe = km à réclamer si plus de 15 km)*

0,61 ¢ / Km.							\$

Autres dépenses							\$
Explications							

Salaire \_\_\_\_\_ heures X \_\_\_\_\_ \$salaire = \_\_\_\_\_ \$

Avantages sociaux \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ \$

**Total du salaire et avantages sociaux** \$

Je déclare le tout conforme à la vérité

**Total de la réclamation** \$

\_\_\_\_\_  
Signature obligatoire de la réclamante ou du réclamant

\_\_\_\_\_  
Date
