

Année scolaire 2024-2025

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Programme d'encouragement à la pratique d'activités physiques
(Résolution CC-2006.119)

Nom et prénom de l'employé (e) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Emploi : _____

N° de fournisseur : _____

Lieu d'affectation principal : _____

Signature de l'employé(e) : _____

- Confirmation du statut par le service des ressources humaines :

signature autorisée

- Montant payé par l'employé (e) (reçu original en annexe) : _____
 - Montant du remboursement demandé (maximum 75 \$ /année scolaire) : _____
 - Code budgétaire : **022-1-52-330-813 – 022 – SPORT**
 - Autorisation du service des ressources financières : _____
- signature autorisée