



DEMANDE DE REMBOURSEMENT
FRAIS DE SCOLARITÉ
Année scolaire 2015-2016
PERSONNEL DE SOUTIEN

Nom : _____ Prénom : _____ Matricule : _____

Téléphone : _____ Emploi occupé : _____

Lieu de travail : _____ Poste téléphonique : _____

Sigle du cours	Session + année (été, automne, hiver)	Preuve de réussite ci-jointe
		Oui <input type="radio"/>
		Oui <input type="radio"/>
		Oui <input type="radio"/>

Date limite pour le remboursement
Sessions d'été : le 30 août
Session d'automne : le 30 janvier
Session d'hiver : le 30 juin

Signature de l'employé(e)

Date

NOTE : *Le remboursement sera versé sur votre paie seulement si votre cours est réussi et lorsque toutes les pièces justificatives seront reçues et traitées par le Service des ressources humaines accompagnées du « formulaire de demande de remboursement – frais de scolarité ».*

NE RIEN INSCRIRE ICI - RÉSERVÉ AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

Signature du (ou de la) responsable budgétaire

Date

Poste budgétaire : 250-0- _____ -503

Montant : _____

Mise à jour BC :

Copie au dossier :

Vous devez acheminer votre demande par courriel à l'attention de Louise Arseneault (poste 3406)
louise2.arseneault@sp.csaffluents.qc.ca