

Demande de l'employé (remplir <u>tous</u> les champs)		
Nom : _____ Prénom : _____ Matricule : _____		
Titre d'emploi : _____ Service : _____ Direction : _____		
Cadre <input type="checkbox"/> Non syndiqué <input type="checkbox"/> Syndiqué <input type="checkbox"/> (préciser) : _____ Relève cadres <input type="checkbox"/>		
Adresse courriel : _____ Poste tél. : _____		
Titre de l'activité : _____ Durée : _____		
Lieu : _____ Organisme dispensateur : _____ Date(s) : _____		
À remplir par le supérieur immédiat	Code autorisé au relevé de présence À l'usage de l'AC / DSI / Secteur cadres	
Journées(s) autorisée(s) (avec salaire) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	MJ <input type="checkbox"/> BP <input type="checkbox"/> FOR <input type="checkbox"/>	
Si oui, indiquez les dates : _____	Sous-programme (À l'usage de l'AC / DSI / Secteur cadres)	
Remplacement nécessaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Répartition des frais				À l'usage de l'AC / DSI / Secteur cadres		
À remplir par l'employé Montant demandé	Supérieur immédiat Montant maximum accordé			Montant \$	N° compte budgétaire	SP
Inscription / Frais de scolarité	_____ \$ Dollars CAD	_____ \$ Dollars CAD	N° compte budgétaire <input type="checkbox"/> Département _____ <input type="checkbox"/> Formation _____			
Hébergement / Repas	_____ \$ Dollars CAD	_____ \$ Dollars CAD	N° compte budgétaire <input type="checkbox"/> Département _____ <input type="checkbox"/> Formation _____			
Transport	_____ \$ KM (voiture) _____ \$ Dollars CAD	_____ \$ Dollars CAD	N° compte budgétaire <input type="checkbox"/> Département _____ <input type="checkbox"/> Formation _____			
Autres	_____ \$ Dollars CAD	_____ \$ Dollars CAD	N° compte budgétaire <input type="checkbox"/> Département _____ <input type="checkbox"/> Formation _____			
AVANCE DEMANDÉE _____ \$ (si les frais dépassent 200 \$) Dollars CAD *Un minimum de 10 jours ouvrables est demandé pour traiter l'avance de fonds				Avance traitée <input type="checkbox"/> Montant : _____ \$ Versée dans les 30 jours suivant le : _____ Période du versement : _____ Activité : _____		

Le montant du remboursement sera déterminé en fonction des montants autorisés et selon les modalités de remboursement prévues. Tous frais faisant l'objet d'un dépassement seront imputés au département de l'employé avec l'accord du gestionnaire.

Employé	Supérieur immédiat	À l'usage de l'AC / DSI / Secteur cadres
Signature: _____	Nom : _____	Signature : _____
Date : _____	Signature: _____	Poste tél. : _____
	Poste tél. : _____ Date : _____	Date de réception : _____

À l'usage de la comptabilité										
No compte budgétaire	Inscription / Frais de scolarité	Hébergement	Repas	Auto		Stationnement	Autres déplacements (avion, autobus, taxi)	Divers	Avance reçue à l'usage de l'Académie CHUM	
				KM	\$					
										Période de paie : _____
										Total versé : _____
										Initiale : _____
Indice	51 (53) ((20))	52 (62) ((49))	52 (62) ((49))	260-04		54 (64)	55 (65) ((57))		663-96	

Commentaires : _____

