

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE FRAIS DE GARDIENNAGE MEMBRES DU CONSEIL D'ÉTABLISSEMENT

NOM :	
PRÉNOM :	

RAISON :	<input type="checkbox"/> Conseil d'établissement (CE) <input type="checkbox"/> Autre Si autre, précisez : _____
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATE DE L'ÉVÉNEMENT :	AAAA-MM-JJ
-----------------------	------------

TARIF HORAIRE :	_____ (\$ /heure)
-----------------	-------------------

NOMBRE D'HEURES :	_____
-------------------	-------

TOTAL PAYÉ :	_____ - \$
--------------	------------

<input type="checkbox"/> Par la présente, je certifie que les frais de garde ont été encourus pour un enfant de moins de 13 ans ou d'un enfant de 13 à 17 ans atteint d'une déficience fonctionnelle majeure.
<input type="checkbox"/> Par la présente, je certifie que les frais engagés pour la garde d'un enfant ne sont pas remboursés pour la garde assumée par mon/ma conjoint(e) ou par une personne résidant sous mon toit.

SIGNATURE DU RÉCLAMANT : _____

DATE : _____