

Demande de remboursement ou d'ajustement RÉSIDENT

ÉTABLISSEMENT
 NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____ NUMÉRO _____

RÉSIDENT
 NUMÉRO DE RÉSIDENT _____

PÉRIODE (2 semaines)
 CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE

DÉBUTANT DIMANCHE LE			SE TERMINANT SAMEDI LE		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR

NATURE DE LA DEMANDE

Demande de **remboursement**

Demande d'**ajustement**

NUMÉRO DE RÉFÉRENCE DE LA DEMANDE _____ S' il y a lieu

NUMÉRO DE RÉFÉRENCE DU DÉTAIL _____

À L'USAGE DE LA RÉGIE

QUANTIÈME	NIVEAU DE STAGE	CODE PAIEMENT	HEURES DEMANDÉES	MONTANT DEMANDÉ	CODE PAIEMENT	HEURES DEMANDÉES	MONTANT DEMANDÉ	CODE PAIEMENT	HEURES DEMANDÉES	MONTANT DEMANDÉ

TOTAL DES HEURES DEMANDÉES _____

TOTAL DU MONTANT DEMANDÉ _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT _____

DATE ANNÉE MOIS JOUR _____