|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | | | | | | | | |  | | |
| Événement : |  | | | | | | | | |  | | |
| Dates : | Du : |  | | | | Au : |  | | |  | | |
| Lieu : |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **A - Déplacement** | | | | **Montant alloué par destination** | | | | | | | | **Montant(s) réclamé(s)** |
| Campus principal - Campus de Longueuil | | | | 303,6 km (aller-retour) X 0,63$ = **191,27$** | | | | | | | |  |
| Campus principal - Campus de la santé | | | | 40,2 km (aller-retour) X 0,63$ = **25,33$** | | | | | | | |  |
| Autre (joindre itinéraire *Google Maps*)  *Le calcul se fait à partir du lieu de travail* | | | | 0,63$ / km X (spécifier kilométrage) | | | | | | ( ) | |  |
| Covoiturage  *Indiquer le nom des covoitureurs ci-dessous* | | | | | Montant alloué pour le déplacement X 15 % | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | **Total A :** | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **B - Autres dépenses** | | | | | | | | | | | | **Montant(s) réclamé(s)** |
| Transport en commun, taxi, métro, autobus, train, avion | | | | | | | | | | | |  |
| Stationnement | | | | | | | | | | | |  |
| Hébergement (maximum de 250,00 $ par nuitée ou 40,00 $ par nuitée sans reçu) | | | | | | | | | | | |  |
| Frais de garderie (fournir seulement le présent formulaire de réclamation) | | | | | | | | | | | |  |
| ***Pièces justificatives exigées pour ces dépenses*** | | | | | | | | | | | **Total B :** |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **C – Repas (spécifier le nombre de repas pour la durée du séjour pour un maximum de 102,00 $ / jour)** | | | | | | | | | | | | |
| **Déjeuner (20,00 $)** | | | **Dîner (29,00 $)** | | | | | | **Souper (53,00 $)** | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
| ***Les montants totaux incluent les taxes et le pourboire*** | | | | | | | | | | | **Total C :** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D – Dépenses pour le Syndicat (préciser la raison de la dépense)** | | | | | | | **Montant(s) réclamé(s)** |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
| ***Pièces justificatives exigées pour ces dépenses*** | | | | | **Total D :** | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | | **Total de la réclamation (A+B+C+D) :** | | | |  |
| Signature manuscrite : |  | | |  | | | |
| *(ou transmettre par courriel via une adresse USherbrooke.ca)* | | | | | | | |
| **Réservée à l’administration** | | | | | |
| Remboursement et pièces vérifiés par : | |  | | | |
| Date de traitement Accès D ou chèque : | |  | | | |
| # de confirmation Accès D ou chèque : | |  | | | |

Version 2025-01-23