

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES

--

PROFESSIONNEL

PRÉNOM		NOM		N° DU PROFESSIONNEL	
ENDROIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT			N° DE L'ÉTABLISSEMENT	
	OU LOCALITÉ			CODE DE LOCALITÉ	
				DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT	
				ANNÉE MOIS JOUR	

RESSOURCEMENT* ET PERFECTIONNEMENT

JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU		
QUANTIÈME								ANNÉE	MOIS	JOUR
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								AU		
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)								TOTAL DEMANDE POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE		

PRIME D'ÉLOIGNEMENT

PÉRIODE			ANNÉE			MOIS			JOUR			ANNÉE			MOIS			JOUR			MONTANT DEMANDÉ		
DU												AU											
												<input type="checkbox"/> AVEC PERSONNES À CHARGE			<input type="checkbox"/> SANS PERSONNES À CHARGE								

DÉMÉNAGEMENT

DATE DU DÉMÉNAGEMENT			LOCALITÉ DE DÉPART						CODE DE LOCALITÉ																	
ANNÉE MOIS JOUR																										
			LOCALITÉ D'ARRIVÉE						CODE DE LOCALITÉ			MONTANT DEMANDÉ														
FRAIS D'ENTREPOSAGE			PÉRIODE DU			ANNÉE			MOIS			JOUR			ANNÉE			MOIS			JOUR			MONTANT DEMANDÉ		
DEMANDE D'AVANCE			DATE			ANNÉE			MOIS			JOUR			MONTANT DE L'ESTIMÉ (1)			MONTANT DE L'ESTIMÉ (2)								
(Le montant de l'avance sera déduit du montant demandé)																										

SORTIE

PÉRIODE			ANNÉE			MOIS			JOUR			ANNÉE			MOIS			JOUR			NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE			Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des personnes à charge qui ont effectué une sortie.		
DU												AU														

DÉPLACEMENT

TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT DEMANDÉ
	ANNÉE	MOIS	JOUR					

1 = Ressourcement* ou perfectionnement
2 = Sortie 3 = Déménagement

1 = Auto 2 = Avion
3 = Taxi 4 = Autres

TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT							
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE	DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR



TRANSMETTEZ-NOUS UNE COPIE DU FORMULAIRE SIGNÉ ET CONSERVEZ L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS. JOIGNEZ TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES.