

RELEVÉ DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

NOM ET PRÉNOM

ADRESSE

N° D'EMPLOYÉ

N° D'ASSURANCE SOCIALE

Imposable

Non imposable

DATE	DÉPLACEMENT		OBJET DU DÉPLACEMENT	LOGEMENT	REPAS	AUTRES	TRANSPORT				
	DE	A					KM	TAUX	SOUS-TOTAL		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
									- \$		
							- \$	- \$	- \$	SOUS-TOTAL	- \$

Je certifie que les renseignements sont conformes à mes dépenses encourues et se rapportent à mes fonctions à la commission scolaire.

Signature de l'employé(e)

Date

Signature du supérieur immédiat

Date

(1) (2) (3)

GRAND-TOTAL
(1+2+3+4)

(4)

ESPACE RÉSERVÉ AUX SERVICES DES RESSOURCES FINANCIÈRES

CODE PAIEMENT	302001	<input type="checkbox"/>	302002	<input type="checkbox"/>	302009	<input type="checkbox"/>
	302004	<input type="checkbox"/>				
	CODE D'EMPLOI	<input type="checkbox"/>	DATE	<input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		

POSTE BUDGÉTAIRE	CODE PROJET	MONTANT

GRAND TOTAL

- \$