

RELEVÉ DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

NOM ET PRÉNOM

N^o D'EMPLOYÉ

N^o D'ASSURANCE SOCIALE

ADRESSE

Imposable

Non imposable

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

-	\$	-	\$	-	\$	SOUS-TOTAL	-	\$
---	----	---	----	---	----	------------	---	----

(1)
(2)
(3)
(4)

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

GRAND-TOTAL
(1+2+3+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			DATE		
	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>		

POSTE BUDGÉTAIRE	CODE PROJET	MONTANT
		GRAND TOTAL - \$