



Action Autisme et TED
Haute-Côte-Nord
Manicouagan
 C.P. 6143
 Baie-Comeau Qc G5C 0B7
 418-296-2857

Nom: _____
Adresse: _____

Tél.: _____
Courriel : _____

Aide aux devoirs

Nom de l'élève: _____

Prénom et nom

Nom du parent: _____

Parent membre de l'association

Nom : _____

Personne aidante, professeur, éducateur

Taux horaire: _____

Mois: _____

Un mois par formulaire et le mois au complet

Signature: _____

Personne aidante, professeur, éducateur

Exemple:

(N.A.S.)

Dimanche 01-03-09	Lundi 02-03-09	Mardi 03-03-09	Mercredi 04-03-09	Jeudi 05-03-09	Vendredi 06-03-09	Samedi 07-03-09
13h00 à 15h00 2 heures		17h00 à 18h00 1 heure	17h00 à 18h00 1 heure			13h00 à 15h00 2 heures

Montant déboursé: 60,00\$

Montant remboursé: 40,00\$

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

Montant déboursé: _____

Montant remboursé: _____

À l'usage de l'association

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

Montant déboursé: _____

Montant remboursé: _____

À l'usage de l'association

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

Montant déboursé: _____

Montant remboursé: _____

À l'usage de l'association

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

Montant déboursé: _____

Montant remboursé: _____

À l'usage de l'association

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

Montant déboursé: _____

Montant remboursé: _____

À l'usage de l'association

Demande reçue le: _____

Chèque: _____