Action Autisme et TED
Haute-Côte-Nord
Manicouagan
C.P. 2481
Baie-Comeau Qc G5C 2T2
418-296-2857

# Demande de remboursement
# Frais de déplacement

Nom du parent membre : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postale : _____

Numéro de téléphone : domicile : _____ travail : _____

Description de l'activité : _____

Nom du formateur : _____

Lieu : _____ Date : _____

**Estimation des dépenses :**

| Transport | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Date | Essence | Autobus/Taxi | Stationnement | Total |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Total | |

| Hébergement | |
|---|---|
| Date | Chambre ($/nuit)* |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Total | |

* Maximum = 125$/nuit
Remboursement = 20$/nuit si hébergé par un parent

| Repas | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Date | Déjeuner (10$*) | Dîner (15$*) | Souper (25$*) | Total |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Total | |

* Montant maximum remboursable

Frais d'inscription = _____

**Montant total = _____**

Signature du demandeur : _____ Accordé par : _____

*Pièces justificatives obligatoires.*
*Cette aide financière dépend des ressources budgétaires disponibles au moment de la demande.*