



Action Autisme
 Haute-Côte-Nord
 Manicouagan
 C.P. 2481
 Baie-Comeau (Québec) 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 = 160\$/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.