



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
FRAIS DE SCOLARITÉ POUR COURS CRÉDITÉS**
Année scolaire 20__ - 20__

INFORMATIONS DU PARTICIPANT	
Nom :	Matricule :
École ou centre :	Statut : régulier <input type="checkbox"/> à contrat <input type="checkbox"/>
Champ d'enseignement :	% du contrat :

DATE DE DÉBUT DU COURS	DATE DE FIN DU COURS	TITRE ET NUMÉRO DU COURS	MONTANT RÉCLAMÉ
Programme d'études :			

SIGNATURE	
Je, soussigné, affirme que j'ai personnellement acquitté les frais ci-dessus et que je n'ai bénéficié d'aucun autre remboursement.	
Signature :	Date :

À noter :

- Aucun remboursement ne sera effectué avant la présentation des pièces justificatives.
- La demande de remboursement ainsi que les pièces justificatives (copie de la facture détaillée ET copie du relevé de notes OU attestation de la réussite des cours crédités) doivent parvenir à l'adresse courriel cpmj@cssdhr.gouv.qc.ca au **plus tard un an après la fin des cours**. Les demandes soumises après ce délai seront traitées au courant de l'exercice financier suivant.

ESPACE RÉSERVÉ AU TRAITEMENT DU REMBOURSEMENT			
Montant autorisé :		Code de paiement :	
Paiement autorisé par :		Date :	