

Remboursement des honoraires

Nom de la personne-ressource :	
Adresse civique :	
Téléphone au travail :	
Téléphone au domicile :	
Adresse courriel :	
Intitulé de l'atelier :	
Date(s) de la prestation :	
Institution visitée :	

Frais	Détails	Total
Honoraires	55\$ X heures	\$
Temps de transport	10\$ X heures	\$
TOTAL		\$

Signature _____

Date : _____

Autorisé par : _____

*Voir la politique de remboursement des frais de l'APOP au http://apop.qc.ca/Infos_Apop/Remboursement.htm dans la section **Qu'est-ce que l'APOP**

*Pour informations supplémentaires : (418) 688-8310 poste 4602