



Subvention pur garde de la famille ou d'une personne à charge

Nom de la personne requérante:	Section local:
---------------------------------------	-----------------------

Le SCFP ne rembourse que les dépenses excédant le coût habituel. (P. ex. s'il vous en coûte régulièrement 30,00 \$ par jour et que vous devez payer 40,00 \$ par jour assister à un événement du SCFP, vous devriez donc réclamer l'excédent de 10,00 \$). Vous pouvez réclamer jusqu' à 50,00 \$ par jour – *les reçus louvent être joints à la réclamation.* Veuillez indiquer les dates auxquelles les dépenses ont été encourues, ainsi que l'**excédent** quotidien.

Événement ou congrès: Congrès 2015 – Toronto Sheraton Centre

DATE	COÛT (par jour)
TOTAL	\$

Veuillez libeller le chèque au nom de la personne requéra

Section locale

Adresse postal :

Signature de la personne requérante

(1) _____

(2) _____

*signature de deux dirigeants(es) de la section locale,
une de ces deux personnes n'étant pas la personne requérante*

Ce formulaire doit être rempli et acheminé au plus tard 30 jours après les dates de dépenses, à :

SCFP Ontario
80 Commerce Valley Dr. E, Suite 1
Markham, ON L3T 0B2
Tél.: 905-739-9739 Téléc: 905-739-9740

N° chèque _____

Date: _____