|  |  |
| --- | --- |
| Une image contenant texte, Police, logo, capture d’écran  Description générée automatiquement | **Formation créditée reconnue2024-2025** |

|  |
| --- |
| **Partie 1 - demande de subvention (il est important de transmettre le programme et les cours avec la demande)Pour remplir le formulaire, cliquez sur AFFICHAGE, MODIFIER LE DOCUMENT** |
| **Votre association professionnelle :** |       |  |
|  |  |  |
| **Nom :** |       |  | **Prénom :** |       |  |
| **Fonction et service:** |       |  | **Date d’entrée en fonction :** |       |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Tél. bureau et no poste :** |       |  | **Courriel :** |       |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Nom de votre CSS ou CS :** |       |  |
| **Adresse du CSS ou CS :**  |       |  |
| **Ville :** |       |  | **Code postal :** |       |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Téléphone  :** |       | **No de poste** :  |       | **Cellulaire :** |       |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **supérieur immédiat (prénom et nom)** |       |  |
| **Téléphone :** |       | **No de poste** :  |       | **Courriel :** |       |  |
| **Programme, précisez :*****Joindre le programme et la liste des cours*** |       |  |
| **Date début du programme :** |       | ***Établissement :*** |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | ***Date*** |  | ***Signature du supérieur immédiat*** |  |

|  |
| --- |
| **Partie 2 - demande de remboursement** |
| **Programme, précisez :** |       |  |       |  |
|  | Programme |  | Établissement |
| **IMPORTANT** : **Le montant de la subvention est de 100 $ par crédit (15 premiers crédits) pour une formation reconnue**. |
| [ ]  | Je déclare ne pas avoir reçu d’autres remboursements pour les frais scolaires. |
| [ ]  | Je déclare ne pas avoir fait de demande de remboursement auprès de mon CSS/CS. |
| **Le remboursement doit être effectué :** |  [ ]  à la personne | [ ]  au CSS ou à la CS |
|  |       |  |  |  |  |
|  |  ***Nom en lettres moulées***  |  |  | ***Signature du supérieur immédiat*** |  |
|  |       |  |  |  |  |
|  | ***Date*** |  |  | ***Signature du candidat*** |  |
|  |  |  |  |  |

**Transmettre ce formulaire à** **cpcg@aqcs.ca** **avant le 15 novembre 2024.**