|  |
| --- |
| **Partie 1 - Demande de subvention (il est essentiel de joindre le programme et les cours avec la demande)** |
| **Les informations fournies feront l’objet d’une vérification par le CPCG auprès de votre organisme scolaire.** |
| **Votre association professionnelle :** |       |  |
| **Nom et prénom du demandeur :** |       |  |
| **Fonction et service (voir annexe 1) :** |       | **Date d’entrée en fonction :** |       |  |
|  |  |  |  |  |
| **Tél. bureau et no poste :** |       |  | **Courriel :** |       |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Nom de votre organisme scolaire :** |       |  |
|  |  |  |
| **Adresse de votre organisme scolaire :** |       |  |
|  |  |  |
| **Ville :** |       |  | **Code postal :** |       |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Supérieur immédiat (nom et prénom)** |       |  |
| **Téléphone et no poste de votre supérieur immédiat :** |       |  | **Courriel :** |       |  |
|  |  |  |
| **Programme, précisez :****Joindre le programme et la liste des cours** |       |  |
|  |  |  |
| **Date début du programme :** |       | ***Établissement :*** |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |
|  | ***Date*** |  | ***Signature du supérieur immédiat*** |  |
|  |  |  |  |
|  | **Une demande complète doit contenir les informations suivantes :** |  |
|  | * Partie 1 du formulaire.
* Nom de votre association professionnelle.
* Nom et prénom du demandeur.
* Fonction et service de la fonction exercée.
* Date d’entrée en fonction du demandeur.
* Téléphone et no de poste du demandeur.
* Adresse courriel du demandeur
 | * Nom de l’organisme scolaire.
* Adresse, ville et code postal de l’organisme scolaire.
* Nom et prénom de votre supérieur immédiat.
* Téléphone et le no de poste de votre supérieur immédiat.
* Adresse courriel de votre supérieur immédiat.
* Le programme que vous suivez. (Joindre une copie)
* La liste des cours suivis. (Joindre une copie)
 |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Partie 2 - Demande de remboursement** |
| [ ]  | **Je déclare ne pas avoir reçu d’autres remboursements pour ces frais d’inscription.** |
| Le remboursement doit être effectué : | [ ]  au demandeur  | [ ]  à l’organisme scolaire |
|  |       |  |  |  |
|  |  ***Nom en lettres moulées***  |  | ***Signature du supérieur immédiat*** |  |
|  |       |  |  |  |
|  | ***Date*** |  | ***Signature du candidat*** |  |

**Transmettre ce formulaire à** **cpcg@aqcs.ca** **avant le 14 novembre 2025.**