

SYNDICAT DE L'EMPLOI ET DE L'IMMIGRATION DU CANADA – FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES DÉPENSES POUR OBLIGATIONS FAMILIALES

Renseignements sur le-la membre				
Nom	Prénom	N° de membre de l'AFPC		
Adresse postale				
Ville	Province	Code postal		
Renseignements sur l'activité				
Activité du SEIC (titre de la conférence, du cours, de la réunion, etc. – veuillez préciser)				
Date de l'activité :	Du :	Au :		
	Heure :	Heure :		
Renseignements sur le fournisseur de soins				
Soins offerts par : Organisme/fournisseur non agréé	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Soins offerts par : Organisme/fournisseur agréé	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
Heures de garde d'enfants :				
Numéro de permis :				
Nom du fournisseur de soins/de l'organisme :	Adresse postale	Ville		
Province	Code postal	Téléphone :		
Section A – Frais engagés (Voir Remboursement des frais – Sections 1 et 2 pour les taux en vigueur)				
Membre de la famille et relation	Âge	Date(s)	Heures où les soins sont offerts	Frais acquittés
1.				
2.				
3.				
			Coût total (Section A) :	
<i>Si vous avez besoin de plus de place, veuillez utiliser une feuille séparée et la joindre à la présente demande.</i>				
Section B – Repas (Voir Remboursement des frais – Sections 3 et 4 pour les taux en vigueur)				
Membre de la famille	Nombre de repas	Frais à rembourser		
1.				
2.				
3.				
			Coût total (Section B) :	
Section C – Exceptions préapprouvées				
Veuillez préciser : <i>(Joindre tous les documents justificatifs et reçus)</i>				
			Coût total (Section C) :	
Montant total de la réclamation (Sections A, B, C) :				
Je certifie que les dépenses réclamées ci-dessus ont été engagées pour participer à une activité syndicale autorisée par le SEIC :				
X _____		_____		
Signature du-de la membre		Date		