



FRAIS DE DÉPLACEMENT DES MEMBRES DU CONSEIL DES PERSONNES DÉLÉGUÉES

Nom : _____

Établissement : _____

Adresse personnelle (complète) : _____

(Rue et numéro civique)

(Municipalité et code postal)

	DATE du CD	DISTANCE excédentaire parcourue	MONTANT alloué nbre km x 0,50\$	TOTAL ou minimum (4,50 \$) pour courte distance
1			X 0,50 \$	
2			X 0,50 \$	
3			X 0,50 \$	
4			X 0,50 \$	
5			X 0,50 \$	
6			X 0,50 \$	
7			X 0,50 \$	
8			X 0,50 \$	
9			X 0,50 \$	
10			X 0,50 \$	
			Total :	

Signature : _____ Date : _____