

Section A : Identification du réclamant des frais de voyage

Nom du réclamant :					
Adresse courriel du réclamant :					
Nom de l'école :					
Adresse de l'école :					
Centre de service scolaire s'il y a lieu					
Zone de l'école :	1	2	3	4	5

Section B : Informations bancaires

Si le remboursement doit être fait **au nom de l'école**, veuillez transmettre un courriel à la boîte saisiedrfav@assnat.qc.ca et mettre l'adresse parlement.ecolier@assnat.qc.ca en CC en demandant le formulaire de coordonnées bancaires et passez directement à la **Section C** ci-dessous.

Si le remboursement doit être fait **au nom d'une personne**, veuillez composer le **418 643-3022** pour laisser votre numéro d'assurance sociale au commis qui répondra et compléter les informations ci-dessous.

Institution bancaire		
Numéro de transit	Numéro d'institution	Numéro de compte

IMPORTANT : Merci de transmettre un spécimen chèque à ce formulaire



Section C : Identification des personnes pour qui la réclamation est effectuée

	Prénom	Nom
Accompagnateur Accompagnatrice		
Élève 1		
Élève 2		
Élève 3 (le cas échéant)		
Élève 4 (le cas échéant)		

Section D : Calcul

Selon la zone dans laquelle se trouve l'école, vous avez droit à l'indemnité suivante multipliée par le nombre de personnes (accompagnateur + élèves)

- Zone 1 Moins de 100 km 0 \$
- Zone 2 de 101 à 200 km 82 \$
- Zone 3 de 201 à 400 km 123 \$
- Zone 4 de 401 à 600 km 183 \$
- Zone 5 (avion) Plus de 601 km 1 000 \$

Nombre de personnes	Indemnité	Montant réclamé
		

Signature de la personne qui fait cette demande de réclamation : _____

Date : _____

Une fois le formulaire de réclamation complété, envoyez ce dernier par courriel à l'adresse suivante : FacturationDAME@assnat.qc.ca ainsi qu'à l'adresse Parlement.Ecolier@assnat.qc.ca