



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SCOLARITÉ UNIVERSITAIRE
ANNÉE 2009**



Nom de l'enseignante ou de l'enseignant _____

Adresse _____

Téléphone résidence : _____ Numéro de matricule : _____

Nom de l'établissement _____

Statut : régulier

temps partiel Période de prestation de travail : de _____ à _____

taux horaire FP ou EA

nombre d'heures d'enseignement du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2009 _____
du 1^{er} juillet 2009 au 31 décembre 2009 _____

SESSION	UNIVERSITÉ	SIGLE DES COURS	NOMBRE DE CRÉDITS	MONTANT PAYÉ	RÉSERVÉ AU COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT
					MONTANT ALLOUÉ
Hiver 2009					
Printemps 2009					
Été 2009					
Automne 2009					

Signature de l'enseignante ou de l'enseignant

Date

Pour être remboursé :

Votre réclamation doit être soumise aux Services complémentaires au plus tard le 1^{er} avril.
Le remboursement ne sera effectué qu'à la suite de la réception du relevé de notes attestant la réussite de vos cours.

**EXPÉDIER PAR COURRIER INTERNE AUX SERVICES COMPLÉMENTAIRES -
COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT**