



PLAN DE GESTION RELATIF AU PERFECTIONNEMENT DES ENSEIGNANTES ET DES ENSEIGNANTS CSDL - SERL

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SCOLARITÉ UNIVERSITAIRE
ANNÉE 2017**



Nom de l'enseignante ou de l'enseignant : _____

Adresse : _____

Téléphone résidence : _____ Numéro 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 2017 au 30 juin 2017 _____
 du 1^{er} juillet 2017 au 31 décembre 2017 _____

SESSION	UNIVERSITÉ	SIGLE DES COURS								NOMBRE DE CRÉDITS	MONTANT PAYÉ	RÉSERVÉ AU COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT MONTANT ALLOUÉ
Hiver 2017												
Printemps 2017												
Été 2017												
Automne 2017												

Signature de l'enseignante ou de l'enseignant_____
Date

Pour être remboursé :

Votre réclamation doit être soumise aux Services éducatifs, secteur jeunes **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.

**TRANSMETTRE PAR COURRIER INTERNE AU COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT
SERVICES ÉDUCATIFS, SECTEUR JEUNES**