

ANNEXE 4

GRUPE À PLUS D'UNE ANNÉE D'ÉTUDES Primaire seulement

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

Nom de l'école : _____ Niveau : _____

Soutien demandé	Montant (\$)
Journée(s) de libération – planification	_____ \$
Journée(s) de libération – rencontre	_____ \$
Accompagnement en classe	_____ \$
Matériel d'appoint*	_____ \$
Autres :	_____ \$
Total	_____ \$

*** JOINDRE LES FACTURES POUR L'ACHAT DE MATÉRIEL**

Enseignant(e)	Direction d'école
_____	_____
Nom, prénom	Nom, prénom
_____	_____
Signature	Signature
_____	_____
Date	Date

Transmettre à l'adresse : ServicesEducatifs-PerfectionnementEnseignants@csslaval.gouv.qc.ca

- L'ensemble des annexes 4, s'il y a lieu, accompagnées des pièces justificatives.
- **Au plus tard le 2^e vendredi de juin.**