

DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR LES FRAIS DE TRANSPORT DES USAGERS EN RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL ET INTERMÉDIAIRE

Nom : _____ Prénom : _____ N° ressource : _____ N° fournisseur : _____

Adresse : _____

Nom enfant : _____ N° usager : B _____ DDN : _____

DATE A-M-J	LIEU DU DÉPART	LIEU D'ARRIVÉE	KM	AUTRES (\$)	PRÉCISER LE TYPE DE TRANSPORT OU AUTRES
Nb Km					Sous-total colonne autres (\$)

1- urgence médicale

2- rendez-vous chez un professionnel

3- domaine judiciaire

4- visite chez le parent biologique

5- intégration ou maintien en milieu scolaire ou travail

SVP joindre les pièces justificatives

Signature du réclamant

Approuvé par le chef de service

Date