



Formulaire de remboursement des frais de déplacement en automobile

À ÊTRE REMPLI UNIQUEMENT PAR LES CHAUFFEURS

****À remettre dûment rempli à un formateur au plus tard mercredi****

Chauffeur/Propriétaire du véhicule _____

Participant voyageant avec le chauffeur _____

Numéro de membre _____

Section locale _____ District _____

Titre de la formation _____

Dates de la formation _____

Adresse à la maison _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Marque du véhicule _____ Couleur _____ Année _____

Modèle du véhicule _____

Immatriculation _____ Province _____

Envoyer le remboursement des frais de déplacement à (**encercler un choix**) : Section locale ou District

****Signature obligatoire du formulaire****

 (Signature)

Prévoir un délai d'environ trois semaines pour le remboursement des frais de déplacement

*****NE RIEN INSCRIRE SOUS CE POINT*****

SECTION RÉSERVÉE À UN USAGE INTERNE

REIMBURSEMENT	VERIFIED ___ ENT ___	SENT TO HQ ___
70514-0350-5 U.S.	METHOD	CALCULATIONS
70513-350-5 CANADIAN	SUPERSAVER	\$
\$	MILEAGE	=
APPROVAL		