


Facturé à: **CASI / ACMS**

 186 Hurontario St
 Suite 201
 Collingwood, ON
 L9Y 4T4

Payable à: _____
 Date : _____
 Nom : _____
 Courriel : _____
 N° membre : _____ Niveau Eval : _____

DÉTAILS DU STAGE

Événement/stage: _____ N° de stage: _____
 Endroit : _____ Région / Programme & Superviseur : _____ Date de début de l'événement : _____

FRAIS DE SERVICES

	Tarif quotidien	Sous-total		
Frais de recrue (n° de jours)	_____	_____	GL	_____ \$
Frais de l'évaluateur (n° de jours)	_____	_____		
Responsable du stage?	_____	_____		
Mentorat des apprentis évaluateurs?	_____	_____	GL	_____ \$

VOYAGE

Kilométrage _____ km x _____

DESCRIPTION	MONTANT
Flight, parking, baggagage, etc.	SUBTOTAL

GL _____ \$ _____

REPAS, HEBÉRGEMENT ET AUTRES

Meals

DATE	MONTANT	DATE	MONTANT	DATE	MONTANT
				Sous-total	

Hébergement

DESCRIPTION	MONTANT

GL _____ \$ _____

Frais de retour

DESCRIPTION	MONTANT

GL _____ \$ _____

Autres. (e.g.: Frais de déplacement de l'évaluateur. *Doit être pré-approuvé par C.R./Superviseur)

DESCRIPTION	MONTANT

GL _____ \$ _____

TOTAL \$ _____

PRESTATAIRES INDÉPENDANTS SEULEMENT

N° TPS/TVH _____	TOTAL AVANT IMPÔTS _____
N° TVQ _____	TPS/TVH _____
N° TVP _____	TVQ/TVP _____
	TOTAL _____