

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

CAMBI AMBULANCE DE RIMOUSKI LES AMBULANCES MICHEL CREVIER 9140-5969 QC INC

Identification de l'employé			
Nom et prénom :	Numéro de l'employé :		
Probation complétée : Oui Non	Horaire de faction : Oui Non		

Informations	
Nom du centre d'entraînement : _____	
Activité physique : Conditionnement physique dans un centre d'entraînement Autres : _____	
Durée du contrat : Du _____ au _____	Nombre de présences : _____
3 mois 6 mois 9 mois 12 mois ____ séances (minimum de 10) Abonnement de saison	
Montant réclamé : _____ (max annuel 400\$)	Date de la demande : _____

Preuves obligatoires	
Centre de conditionnement physique :	<input checked="" type="checkbox"/> Preuve de paiement <input checked="" type="checkbox"/> Copie de votre contrat d'abonnement <input checked="" type="checkbox"/> Fiche de présences
Autres activités physiques :	<input checked="" type="checkbox"/> Preuve de paiement <input checked="" type="checkbox"/> Preuve d'inscription <input checked="" type="checkbox"/> Fiche de présences

CLIQUEZ SUR L'ICÔNE «SOUMETTRE» APRÈS AVOIR COMPLÉTÉ CE FORMULAIRE ÉLECTRONIQUE AFIN DE LE FAIRE PARVENIR AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES À : rh@cambi.ca. VEUILLEZ NOTER QU'AUCUN AUTRE MODE DE RÉCEPTION NE SERA ACCEPTÉ.

J'ai transmis mes preuves obligatoires version électronique avec cet envoi

OU

J'ai transmis mes preuves obligatoires version papier à mon superviseur

Autorisation des Ressources Humaines		<i>Section réservée à l'employeur</i>
Montant réclamé : _____	Montant remboursé : _____ (A140)	
Remboursement effectué sur la paie finissant le : _____		
Remarque : _____		
Signature représentant RH : _____	Date d'autorisation : _____	