Association des professeurs d'enseignement clinique
de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
FRAIS DE DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR DU LIEU DE TRAVAIL

En conformité avec l'article 8-2.01 de la dernière convention collective, vous pouvez être remboursé au taux en vigueur selon la directive universitaire 2600-013

PROFESSEURE OU PROFESSEUR

NOM :

PRÉNOM :

MATRICULE (U DE S) :

DÉPARTEMENT / SERVICE :

LIEU DE PRATIQUE / DOMICILE PRINCIPAL :

SPÉCIFICATIONS TÂCHE	PROGRAMME D'ÉTUDES	LIEU D'ENSEIGNEMENT
	CHOISIR	

TITRE DE L'ACTIVITÉ

DATE DE PRESTATION (AAAA/MM/JJ)

ALTERNATIVES DISPONIBLES ***(Choix obligatoires)***

TÂCHE D'ENSEIGNEMENT DEMANDÉE PAR LA DIRECTION DE PROGRAMME OU FACULTAIRE
OUI ☐ **NON** ☐

TÂCHE D'ENSEIGNEMENT PRÉVUE À L'ORIGINE EN PRÉSENTIEL
OUI ☐ **NON** ☐

TRANSPORT EN COMMUN OU CO-VOITURAGE ENVISAGÉ, MAIS IMPOSSIBLE
OUI ☐ **NON** ☐

DISTANCE PARCOURUE ***Minimum 60 km aller-retour & préapprobation requise si plus de 300 km***

KM

FRAIS DE STATIONNEMENT *(Pièce justificative obligatoire si réclamé)*

$

**Obligatoire pour toute réclamation de plus de 300 km*

SIGNATURE DU PROFESSEUR/E

SIGNATURE DIRECTION DE PROGRAMME ou **DOYEN ASSOCIÉ**

NOM DIRECTION EN LETTRES MOULÉES :

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

DATE DE RÉCEPTION : _____

SIGNATURE D'ACCEPTATION APECFMUS : _____

Version 2026-08