



Formulaire de remboursement de dépenses

Mois : _____ Année : _____

Nom: _____

N° ressource: _____

Adresse: _____

Régime représentation : LRR - Enfant

Date AAAA-MM-JJ	Numéro usager	Type dépenses	Quantité	Précisions	Pièces justificatives jointes	Montant
TOTAL						

Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques.

Signature : _____

Date : _____

Légende : Dépenses d'accompagnement ou de transport (précision)

1 = Urgence médicale

Important : les dépenses 2 à 5 doivent être préautorisées

2 = Rendez-vous chez un professionnel de la santé et des services sociaux

3 = Domaine judiciaire

4 = Visite chez la famille biologique

5 = Intégration ou maintien en milieu scolaire ou de travail