

DEMANDE DE SOMMES SUPPLÉMENTAIRES POUR LE COMITÉ LOCAL DE PERFECTIONNEMENT

Réseau:

Établissement:	Téléphone:
Direction:	N° d'établissement:

Nombre d'enseignant(e)s œuvrant dans l'établissement:	
Nombre d'enseignant(e)s différents qui bénéficieront de ce perfectionnement:	
Nom du perfectionnement:	
Sujet du perfectionnement souhaité:	
Date du perfectionnement:	

Frais:	
• frais de déplacement, repas et séjour:	
• coût de la suppléance:	
• coût de la formation:	
• autres coûts:	
Sous-total:	
Solde du comité local de perfectionnement au 30 juin:	-
TOTAL DEMANDÉ:	=

Signature de la direction de l'établissement: _____ Date: _____

Signature de la personne représentant les enseignant(e)s au comité local de perfectionnement
(ou à défaut, de la personne déléguée syndicale): _____ Date: _____

Signature de la direction du réseau: _____ Date: _____

**Faire parvenir une copie par télécopieur au Centre de services scolaire de la Pointe-de-l'Île (CSSPI) au 514 687-4269.
Le CSSPI transmettra une copie de ce formulaire au SEPI dans un délai raisonnable suivant sa réception.**