



# Formulaire de réclamation du SEI pour soins familiaux

Remplir toutes les sections pour obtenir un remboursement.

*Joindre les reçus et les pièces justificatives.*

INFORMATION DU MEMBRE			
Nom de famille		Prénom	
Adresse		Ville	Province
Code postal	Numéro de téléphone		Date(s) de l'activité
Activité du SEI (Titre de la conférence, du cours, de la réunion ou autre – précisez)			

INFORMATION DE L'AGENCE OU DU PERSONNEL	
Soins fournis par Agence ou personnel non agréé      Agence ou personnel agréé	Numéro de permis
Nom de la personne ou de l'agence qui fournit les soins	
Adresse	Numéro de téléphone

FRAIS ( <a href="#">voir règlement 21</a> )				
Nom et lien familiale	Age	Date(s)	Heures	Frais
1.				
2.				
3.				
4.				
<b>TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS</b>				

APPROBATION PRÉALABLE DES CAS EXCEPTIONNELS	
Précisez	
Je certifie que ces coûts sont liés à ma participation à un événement du SEI.	
X	
<b>SIGNATURE DU MEMBRE</b>	<b>DATE</b>
X	
<b>PAIEMENT AUTORISÉ PAR</b>	<b>DATE</b>