ANNEXE I

Centre de services scolaire des Grandes-Seigneuries
Québec

PROJET N° 2023-_____

PRÉSENTATION D'UN PROJET DE FORMATION OU DE PERFECTIONNEMENT PERSONNEL DE SOUTIEN

1. IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT

Numéro de matricule : ____-____-_____ Adresse courriel :_____

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Lieu de travail : _____ Classe d'emplois : _____

Numéro de téléphone au travail : _____ Poste : _____

2. FORMATION	**2. PERFECTIONNEMENT**
DIPLÔME OU CERTIFICAT VISÉ (OU TITRE DU COURS) : _____	TITRE DE L'ACTIVITÉ : _____
	PERFECTIONNEMENT INDIVIDUEL ☐ OU COLLECTIF ☐
SESSIONS OU DATES PRÉVUES : _____	DATE(S) PRÉVUE(S) : _____
INSTITUTION DÉCERNANT LE DIPLÔME : _____	ORGANISME OU PERSONNE DISPENSANT L'ACTIVITÉ : _____

FORMATION ET PERFECTIONNEMENT

3. OBJECTIF (Définir le besoin auquel le projet répond) : _____

4. PROGRAMME OU ACTIVITÉ PRÉVUE (Indiquer le type d'activité et joindre toute documentation pertinente) : _____

5. PROJET COLLECTIF : NB DE PARTICIPANTS _____ (Joindre la liste des participants et indiquer leur fonction et leur lieu de travail).

6. COÛTS PRÉVUS (incluant les taxes, s'il y a lieu) :		**RÉSERVÉ AU S. R.H. COÛTS AUTORISÉS**
- Inscription :	_____$	_____$
- Hébergement (nombre de nuits : _____ X _____$)	_____$	_____$
- Repas : (petit déjeuner : max. 15,00 $ - dîner : max. 20,00 $ - souper : max. 30,00 $)		
- Petit déjeuner (nombre prévu :_____)	_____$	_____$
- Dîner (nombre prévu : _____)	_____$	_____$
- Souper (nombre prévu : _____)	_____$	_____$
- Déplacement (aller-retour) : _____ km X 0,55 $	_____$	_____$
- Adresse de la formation_____		
- Stationnement :	_____$	_____$
TOTAL :	_____$	_____$
		_____$

7. PERSONNE SALARIÉE OU RESPONSABLE DU PROJET :

_____ _____
signature date

ESPACE RÉSERVÉ AU DIRECTEUR D'UNITÉ ADMINISTRATIVE (projet de perfectionnement seulement)

J'AI PRIS CONNAISSANCE DU PROJET ET JE SUIS FAVORABLE À CETTE DEMANDE

AUTORISATION D'ABSENCE : OUI ☐ NON ☐ S/O ☐

_____ _____
signature date

ESPACE RÉSERVÉ AU COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT

LE PROJET EST : ACCEPTÉ ☐
ACCEPTÉ AVEC RESTRICTION ☐
REFUSÉ ☐

_____ _____
POUR LE COMITÉ date

TRANSMETTRE LE FORMULAIRE AU SRH À L'ATTENTION DE GUILLAUME BERNIER (guillaume.bernier@cssdgs.gouv.qc.ca)