



PROJET-PILOTE
« Stage d'intégration d'une clientèle immigrante »

REGISTRE DES PRÉSENCES
et DEMANDE DE REMBOURSEMENT

SECTION 1 – INFORMATIONS SUR L'ENTREPRISE

Nom de l'entreprise :			
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Nom et prénom du formateur :		Téléphone :	

SECTION 2 – INFORMATIONS POUR LE REMBOURSEMENT

2.1 – STAGIAIRE

Nom et prénom du stagiaire :		Téléphone :	
Poste :			

2.2 – FORMATION

Date de la formation (durée de 24 semaines) :	Du :		Au :	
Cochez la période couverte par ce remboursement :	Semaines n° 1 à 8 :	<input type="checkbox"/>	Semaines n° 9 à 16 :	<input type="checkbox"/>
	Semaines n° 17 à 24 :	<input type="checkbox"/>		

2.3 – PRÉSENCES DU STAGIAIRE À LA FORMATION (à remplir par le formateur)

N° de semaine selon la période couverte à 2.2	Nombre d'heures travaillées/jour							Total hres/sem	Signature du stagiaire attestant les heures travaillées chaque semaine
	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi		
Sem. n°									
Sem. n°									
Sem. n°									
Sem. n°									
Sem. n°									
Sem. n°									
Sem. n°									
Sem. n°									

Signature du formateur :	Date :
--------------------------	--------

2.3 – CALCUL DU REMBOURSEMENT DEMANDÉ POUR LA PÉRIODE COUVERTE (à remplir par l'administration de l'entreprise)

Salaires du stagiaire*			Remboursement*		*Modalités pour le calcul du remboursement Le salaire du stagiaire sera remboursé jusqu'à concurrence de 15 \$/heure selon les taux (%) suivants : • Semaines 1 à 8 : 75 % • Semaines 9 à 16 : 50 % • Semaines 17 à 24 : 25 % IMPORTANT : Tous les relevés de paie du stagiaire pour la période de remboursement visée doivent être annexés.
Taux horaire du stagiaire	Nbre d'heures travaillées (section 2.3)	Total du salaire du stagiaire	Taux (%) remboursé selon la période (section 2.2)	Montant réclamé	

Nom et prénom du responsable :	Date :
Signature du responsable :	Date :

Faire parvenir ce document dûment rempli, annexé de **tous les talons de paie du stagiaire** pour la période visée par le remboursement, à :
HortiCompétences, à l'attention de Mme Maud Lefebvre, chargée de projet – Ressources humaines
 Courriel : maud.lefebvre@horticompetences.ca | Télécopieur : 450 774-3556 | Pour toutes questions : 450 774-3456, poste 2

Signature de la directrice générale d'HortiCompétences :	Date :
----------------------------------------------------------	--------

SANS LES PIÈCES JUSTIFICATIVES, LA RÉCLAMATION NE POURRA ÊTRE TRAITÉE