



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 (pour la présente réclamation) :	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 :
--------------------------	--------

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

Salaire 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 : <ul style="list-style-type: none"> • 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 (max. 15 \$/heure)	Nbre d'heures travaillées (max. 320 heures)	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