Famille et Aînés Québec

Annexe 2

Réclamation de la subvention[1]

Nom du bureau coordonnateur : _____

Nom de la responsable du service de garde : _____

Pour la période de 2 semaines se terminant le _____

Nom de l'enfant	Date de fin de fréquentation	**Allocations réclamées**								
		Base 0-59 mois	Enfant 0-17 mois	PCRS Jours de classe	PCRS Jours pédag.	ECP	Enfant handicapé (volet B)	Enfant handicapé mesure transitoire	Jours réservés inoccupés CSSS	Subvention totale réclamée
									Subvention totale réclamée	

Nombre de journées prédéterminées d'absence de prestation de services subventionnées utilisées au cours de cette période ☐

Nombre de journées non déterminées d'absence de prestation de services subventionnées utilisées au cours de cette période ☐

J'atteste que les renseignements inscrits sur cette réclamation sont exacts et complets.

Signature de la RSG : _____ **Date :** _____

[1] Le formulaire de réclamation de la subvention doit être transmis à votre bureau coordonnateur toutes les deux semaines.