

**FORMULAIRE DE SURVEILLANCE/REPLACEMENT SOUTIEN
PERSONNEL NON-CERTIFIÉ**



**Date de la surveillance ou
de remplacement :** _____

Nom _____

Durée de remplacement :

Matinée

Après-midi

Journée entière

Nombre d'heures de remplacement : _____

Qui avez-vous remplacé ?

Nom : _____

**Aviez-vous reçu la documentation pertinente pour la journée, tels les plans de cours,
liste des élèves, etc.** Oui Non Sinon, spécifiez _____

Êtes-vous éligible à l'allocation pour frais de déplacement ? (Voir note ci-dessous*)

Non

Oui

*Si oui, veuillez inscrire le nombre de kilomètres aller-retour de
votre résidence à l'école :* _____

Signature : _____

***NOTE Allocation pour frais de déplacement :**

Le personnel occasionnel qui habite à plus de 20 kilomètres de l'école et qui offre un service de remplacement pour moins de 6 jours consécutifs sera éligible à une allocation pour frais de déplacement. L'allocation pour déplacement sera calculée à partir de la résidence jusqu'à l'école pour la différence d'un aller-retour au-delà de 40 km par jour et sera payée jusqu'à un maximum de 110 km aller- retour. Le montant du kilométrage sera selon les taux établis par le Conseil lors de sa réunion organisationnelle