

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Feuille de dépenses du STT DE

-CSN

La semaine du _____ au _____ 20__

Jour		Description de l'activité et lieu de l'activité	Déjeuner	Dîner	Souper	KM	Chambre	Garde	Autres	TOTAL
Lundi	Am									
	Pm									
Mardi	Am									
	Pm									
Mercredi	Am									
	Pm									
Jeudi	Am									
	Pm									
Vendredi	Am									
	Pm									
Samedi	Am									
	Pm									
Dimanche	Am									
	Pm									

À l'usage de la comptabilité :

No de chèque : _____

Date payée : _____

Montant payé : _____

TOTAL DES DÉPENSES:

Signature et date