

**EXPENSE CLAIM FORM
RÉCLAMATION DE DÉPENSES**

Number of pages /
Nombres de pages : _____

Name / Nom : _____

Position: _____

Mailing Address /
Adresse Postale: _____

Telephone / Téléphone (home/rés.): _____ (work/travail): _____

Email/Courriel: _____

Date	Explanation for Claim/Explication de la réclamation	Approved Travel/ Voyage approuvé	Approved Meals/ Repas approuvés	Hotel (including tax/incluant taxes)	Misc./ Autres	Receipts Attached / Reçus ci-joints (Y/No - O/Non)	OFFICE USE ONLY / USAGE OFFICIEL SLT

TOTALS/TOTAUX: + + + =
Less non-reimbursable expenses /Moins les dépenses non-reimbursables -
Add a minus (-) in front of non-reimbursable amount for automatic calculation/
Ajouter un moins (-) au montant non-reimbursable pour le calcul automatique
Balance owing/Montant dû =



Date : _____

Signature (Member/membre) : _____

Authorized by EC/Autorisé par CE:
Cheque no.

Additional pages may be attached if necessary /
Autres feuilles peuvent être ajoutés au besoin