

# DEMANDE D'EXONÉRATION DES DROITS DE SCOLARITÉ POUR LES PERSONNES EMPLOYÉES ADMISSIBLES

- La demande d'exonération des droits de scolarité doit être complétée pour chaque session (printemps-été, automne et hiver)
- La date limite pour recevoir le formulaire d'exonération de droits de scolarité est la même que celle prévue pour recevoir le paiement des droits de scolarité sans intérêt
- Il faut transmettre la demande dûment complétée directement au Service des ressources humaines par courrier interne

## 1. Renseignements relatifs à la personne employée

Numéro d'identification (NI) :

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Statut :  Employé(e) admissible    Employé(e) chargé(e) de cours ou monit. clinique    Employé(e) retraité(e)

Est-ce que le ou les cours sont pris durant les heures normales de travail ?

Oui    Non

Si vous avez répondu oui, votre supérieure hiérarchique ou votre supérieur hiérarchique doit compléter la **section 3** ci-dessous.

## 2. Identification de l'exonération des droits de scolarité

Nom du programme d'études :		Cycle : <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> cycle <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> cycle <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> cycle
Session :	<input type="checkbox"/> Printemps-été <input type="checkbox"/> Automne <input type="checkbox"/> Hiver	Campus : <input type="checkbox"/> UMCM <input type="checkbox"/> UMCS <input type="checkbox"/> UMCE
Programme d'études :	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <b>(veuillez identifier le ou les cours ci-dessous)</b>	

Sigle du cours	Titre du ou des cours	Horaire
		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir
		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir
		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir

## 3. Approbation - Supérieure hiérarchique ou supérieur hiérarchique (si le ou les cours sont pris durant les heures de travail)

Est-ce que la demande d'exonération des droits de scolarité est liée aux fonctions du poste ?

Oui    Non

Si non, veuillez justifier :

Signature de la/du supérieur(e) hiérarchique \_\_\_\_\_ Date (J/M/A) \_\_\_\_\_

## 4. Signature de la personne employée

Je certifie que ces renseignements sont véridiques et qu'une fausse déclaration est sujette à un refus des droits d'exonération.

Signature de la personne employée \_\_\_\_\_ Date (J/M/A) \_\_\_\_\_

## 5. Réserve au Service des ressources humaines

Acceptée    Refusée   \_\_\_\_\_ % d'exonération accordé  
 \_\_\_\_\_ nombre de crédits accordés

Signature : \_\_\_\_\_ Date (J/M/A) : \_\_\_\_\_