



Expenses Claim Form / Formulaire de réclamation des dépenses

Name/Nom : _____ Position/Poste : _____
 Address/Adresse : _____ Event/Événement: _____
 City/Ville & Prov.: _____ Location/Lieu : _____
 Postal Code postal : _____ Date of Arrival/Date d'arrivée : _____
 Phone/Téléphone : _____ Date of Departure/Date de départ : _____
 Email/Courriel : _____ Date Submitted/Date de soumission : _____

* All airfare tickets and receipts must be attached except for personal mileage and meal claims. *

* Copies of credit card statements and vouchers will not be accepted without an original receipt. *

* All claims must be submitted to the National Office within thirty (30) days of the conclusion of the event. *

* All claims are subject to both prior and final approval of the Project Manager and the Director General. *

Tous billets d'avion et reçus doivent être soumis, à l'exception des reçus de repas et du kilométrage personnel.

Des états de compte de cartes de crédit ou des coupons ne seront pas acceptés sans les reçus originaux.

Toutes réclamations doivent être soumises au siège social dans les trente (30) jours qui suivent l'événement.

Toutes réclamations doivent recevoir l'autorisation et l'approbation du gérant du projet et de la Directrice générale.

			FOR VC VISA ONLY
<u>TRAVEL:</u>	• Refundable fare/vol	\$ _____	\$ _____
<u>TRANSPORT:</u>	• Personal mileage/kilométrage : _____ km. @ 30¢ (from/de _____ to/à _____)	\$ _____	\$ _____
	• Parking/stationnement & taxi	\$ _____	\$ _____
<u>ACCOMMODATION:</u>	• Hotel (room & tax @ \$ ____ /night x ____ nights)	\$ _____	\$ _____
<u>HÉBERGEMENT:</u>	• Hotel (chambre & taxe @ \$ ____ /soir x ____ soirs)	\$ _____	\$ _____
	• Other/autre (____ days/jours @ \$12)	\$ _____	\$ _____
<u>MEALS:</u>	• ____ breakfasts/déjeuner @ \$ 9	\$ _____	
<u>REPAS:</u>	• ____ lunches/dîner @ \$12	\$ _____	
	• ____ dinners/souper @ \$21	\$ _____	
	• Total	\$ _____	\$ _____
<u>OTHER/AUTRES:</u>	• Description: _____	\$ _____	\$ _____
	• Description: _____	\$ _____	\$ _____
	• Description: _____	\$ _____	\$ _____
TOTAL EXPENSE CLAIM/TOTAL DES DÉPENSES.....		\$ _____	\$ _____

Notes: _____

SUBMITTED BY: _____ **APPROVED BY:** _____
SOMIS PAR: _____ **APPROVÉ PAR:** _____

Financial Manager/Gérante des finances - Linden Leung, linden@volleyball.ca

Volleyball Canada - 5510 ch. Canotek Rd, Suite 202, Gloucester, ON, K1J 9J5 - 613-748-5681 - Fax 613-748-5727 - info@volleyball