

Comité: _____

	1	2
Nom (ou Comité)		
Adresse		
Ville		
Code Postal		
Téléphone		

Description du projet

Objectifs

Activités prévues

Nombre d'étudiants

Période de réalisation

session

dates

À remettre avant le 09 février 2024, 17h00
 AGECEVM, 255, Ontario Est, local A3.85, Montréal, Québec, H2x 1X6

Téléphone: (514) 982-0496
 Télécopieur: (514) - 982-3428

Comité:

<u>Dépenses</u>	<u>Revenus</u>
	AUTOFINANCEMENT
____,____,____ \$	1. _____ \$
____,____,____ \$	2. _____ \$
____,____,____ \$	3. _____ \$
____,____,____ \$	4. _____ \$
____,____,____ \$	5. _____ \$
____,____,____ \$	FONDATION DU CVM..... \$
____,____,____ \$	COMITÉ..... \$
	AUTRES
____,____,____ \$	6. _____ \$
____,____,____ \$	7. _____ \$
____,____,____ \$	8. _____ \$
____,____,____ \$	9. _____ \$
____,____,____ \$	10. _____ \$
____,____,____ \$	+ SOLDE COMPTE début H24 ____ \$
COMITÉ THÉMATIQUE - IMMOBILISATIONS	Montant pouvant être corrigé (mandat 500,00 \$)
____,____,____ \$	_____ \$
____,____,____ \$	_____ \$
____,____,____ \$	_____ \$
____,____,____ \$	_____ \$
____,____,____ \$	_____ \$
____,____,____ \$	_____ \$
____,____,____ \$	_____ \$
____,____,____ \$	_____ \$
____,____,____ \$	_____ \$
TOTAL IMMO. DEMANDÉES: _____ \$	_____ \$
____,____,____ \$	_____ \$
SOLDE COMPTE FIN H24 _____ \$	SUBVENTION AGE CVM \$
TOTAL _____ \$	TOTAL _____ \$

Signatures

NOM: _____	NOM: _____

Le total des revenus doit correspondre au total des dépenses: la subvention demandée à l'AGECVM correspond à la différence entre les revenus espérés et les dépenses projetées pour votre comité