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 05 septembre 2014

AGECVM, 255, Ontario Est, local A3.85, Montréal, Québec, H2x 1X6
Téléphone: (514) 982-3437, poste 2249
Télécopieur: (514) - 982-6107

Comité: _____

Dépenses	Revenus
_ _ , _ _ _, _ _ $	**AUTOFINANCEMENT**
_ _ , _ _ _, _ _ $	1. _____ _ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	2. _____ _ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	3. _____ _ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	4. _____ _ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	5. _____ _ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	**FONDATION DU CVM**……_ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	**COMITÉ**……..._ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	**AUTRES**
_ _ , _ _ _, _ _ $	6. _____ _ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	7. _____ _ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	8. _____ _ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	9. _____ _ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	10. _____ _ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	**+ SOLDE COMPTE** début A14 _ _ . _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	_ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	_ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	_ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	_ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	_ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	_ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	_ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	_ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	_ _ , _ _ _, _ _ $
_ _ , _ _ _, _ _ $	_ _ , _ _ _, _ _ $
SOLDE COMPTE FIN A14 _ _ , _ _ _, _ _ $	**SUBVENTION AGECVM** ……_ _ , _ _ _, _ _ $
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

À remettre avant le 05 septembre 2014

AGECVM, 255, Ontario Est, local A3.85, Montréal, Québec, H2x 1X6
Téléphone: (514) 982-3437, poste 2249
Télécopieur: (514) - 982-6107