



NORTH SHORE MINOR HOCKEY LEAGUE
LIGUE DE HOCKEY MINEUR DE LA CÔTE NORD

Adresse: 206 rue Landry, unite 1
Beresford, NB, E8K 1H1

TEL: 506-548-5806
courriel: Patrice.g.godin@gmail.com

EXPENSE CLAIM FORM / COMPTE DE DÉPENSES

Name / Nom :	
Address / Adresse :	
City / Ville / Code :	
Purpose / Raison :	
Location / Endroit :	

TRAVEL / DÉPLACEMENT					
From / De		To / À		/km @ \$0.45	
From / De		To / À		/km @ \$0.45	
ACCOMMODATION / HÉBERGEMENT					
(Original invoice is required for reimbursement / Facture originale est requise pour le remboursement.)					
Hotel / Hôtel		No. of nights / No de nuits		@ \$ _____	=
REGISTRATION & MEALS / ENREGISTREMENT & REPAS					
No of days / Nombre de jours _____	_____ Breakfast / Déjeuner @ \$15.00				=
	_____ Lunch / Dîner @ \$20.00				=
	_____ Dinner / Souper @ \$25.00				=
	_____ Dépenses accessoires / Incidentals @ \$10.00				=
	Banquet				=
	Registration to AGM / Enregistrement à l'AGA				=
OTHER / AUTRE					
Detail / Détail					=
					=
CLAIM AMOUNT / MONTANT RÉCLAMÉ					

Date _____ Signature _____

FOR OFFICE USE ONLY / POUR LE BUREAU SEULEMENT	
Cheque no / No de cheque: _____ Date of Payment / Date du paiement : _____	