

Comité: _____

1

2

Nom

Adresse

Ville

Code Postal

Téléphone

Description du projet

Objectifs

Activités prévues

Nombre d'étudiants

Période de réalisation

session

dates

À remettre avant le **4 février 2026**

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 H26	_____, ____, \$
_____, ____, \$		_____, ____, \$
_____, ____, \$		_____, ____, \$
_____, ____, \$		_____, ____, \$
_____, ____, \$		_____, ____, \$
_____, ____, \$		_____, ____, \$
_____, ____, \$		_____, ____, \$
_____, ____, \$		_____, ____, \$
_____, ____, \$		_____, ____, \$
_____, ____, \$		_____, ____, \$
_____, ____, \$		_____, ____, \$
_____, ____, \$		_____, ____, \$
Solde fin H26 _____, ____, \$		_____, ____, \$
	SUBVENTION AGE CVM	_____, ____, \$
TOTAL _____, ____, \$		TOTAL _____, ____, \$

Signatures

<u>NOM:</u> _____	<u>NOM:</u> _____