

Après avoir obtenu toutes les signatures nécessaires, veuillez envoyer le formulaire rempli à fundopening.finserv@mcgill.ca

LISTE DE VÉRIFICATION (aucun formulaire incomplet ne sera approuvé)

TOUS les champs de ce questionnaire ont été remplis (pages 1 et 2).

Toute question portant sur la taxe de vente a été soumise à la boîte de courriel Info Tax.

Le formulaire a été signé par le ou la gestionnaire financier(-ière) du fonds (page 2).

La partie Budget estimé est remplie. L'agent(e) financier(-ière) de la faculté (ou l'équivalent)/l'équipe des Services financiers a signé le formulaire (p. 2). La personne responsable a approuvé la demande et signé le présent formulaire (page 2).

Les documents justificatifs nécessaires, s'il y a lieu, sont joints au présent formulaire (p. ex. le plan de cours).

Le fonds de garantie (qui absorbera aussi l'excédent) a été déterminé.

J'ai lu les [lignes directrices sur la demande de nouveau fonds](#).

RENSEIGNEMENTS SUR LE NOUVEAU FONDS

Matricule Prénom, Nom

Titre du poste Code ORG Org./unité

Permettre la délégation de rectifications aux opérations de paie passées? Oui Non

INFORMATION FOR NEW FUND

Veuillez proposer un nom pour le fonds (35 caractères maximum)

Début du fonds
AAAA-MM-JJ

Fin du fonds
AAAA-MM-JJ

COURS

Titre du cours

Ce cours est-il crédité? Crédité Non crédité

Le nombre de crédits attribués par cours est fonction du nombre d'heures d'enseignement hebdomadaire. En règle générale, un cours de 3 crédits comporte 3 heures de cours magistral par semaine et par session, mais ce n'est pas le cas dans toutes les facultés. La page [Web Ressources et politiques de l'Université](#) offre davantage d'information.

Si le cours est crédité, est-ce que les étudiant(e)s doivent assumer d'autres coûts que les droits de scolarité? Oui Non

Si Oui, préciser : plan de cours, frais de déplacement, hébergement, nourriture pour les cours d'été à l'étranger, etc. (Indiquer tout autre renseignement à la page 3)

Si le cours n'est pas crédité, à qui est-il offert? Communauté mcgilloise Tierces parties Les deux

Facturerez-vous des frais d'inscription? Oui Non

Si Non, quelle est votre source de financement?
(Indiquer tout autre renseignement à la page 3)

À l'usage exclusif des Services financiers

Numéro du fonds		Code de programme	
Type de fonds		Gravité (vérification du budget)	
Prédécesseur du fonds		Budget en cas de revenu	
Code de l'organisation		Approuvé par/date	

BUDGET ESTIMÉ**Revenus externes**

Ventes de produits/services

Frais d'inscription

Dons

Revenus internes

Remboursement interne

Transferts internes*

* Ils ne peuvent pas provenir de subventions ni de contrats de recherche (fonds de type 2F/2M).

Revenus TOTAUX**Dépenses**

Matériel et fournitures

Réparation et entretien

Équipement

Location d'espace

Services publics

Salaires/avantages sociaux

Honoraires professionnels

Frais de déplacement

Services contractuels

Aide financière aux étudiant(e)s (bourses, prix)

Autre
(veuillez préciser)

Autre (montant)

Dépenses TOTALES**Excédent net (aucun déficit n'est admissible)****SIGNATURES/APPROBATIONS**

Je certifie que le fonds sera utilisé aux fins décrites ci-dessus, que j'ai lu le document « [Sales Tax Assessment Matrix on Domestic Conventions](#) » publié sur le site Web des Services financiers et que j'ai soumis toute question pertinente à la boîte de courriel [Info Tax](#).

Je reconnais qu'à titre de gestionnaire financier(-ière) du fonds, je suis responsable de celui-ci, selon les dispositions de la [Politique relative aux gestionnaires de fonds](#).

Signature du (de la) gestionnaire
financier(-ière)

Date (AAAA-MM-JJ)

Nom en caractères d'imprimerie

Signature de l'agent(e) financier(-ière) de la
faculté (ou l'équivalent)/l'équipe des Services
financiers

Date (AAAA-MM-JJ)

Nom en caractères d'imprimerie

APPROBATION DE LA PERSONNE RESPONSABLENuméro
du fonds

Confirmer le no du fonds de garantie pour cette activité (fonds de fonctionnement 1A de préférence)

Je certifie que le fonds indiqué ci-dessus pourra être utilisé aux fins décrites. Je comprends que le déficit, s'il y a lieu, sera imputé à ce fonds.

Signature du (de la) président(e)/
doyen(ne)/directeur(-trice)

Date (AAAA-MM-JJ)

Nom en caractères d'imprimerie

RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) DEMANDEUR(-EUSE) (en cas de questions au sujet de la présente demande)Nom Courriel Téléphone

*Autres
renseignements*