

Après avoir obtenu toutes les signatures nécessaires, veuillez envoyer le formulaire rempli à [fundopening.finserv@mcgill.ca](mailto: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).

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).

Si la demande vise l'embauche d'une personne, la lettre d'offre du vice-principalat exécutif est jointe au présent formulaire.

Les documents justificatifs (s'il y a lieu) sont joints au présent formulaire.

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 OU LA GESTIONNAIRE FINANCIER(-IÈRE)**

Matricule	<input type="text"/>	Prénom, Nom	<input type="text"/>		
Titre du poste	<input type="text"/>	Code ORG	<input type="text"/>	Org./unité	<input type="text"/>
Permettre la délégation de rectifications aux opérations de paie passées?			Oui	Non	

**RENSEIGNEMENTS SUR LE NOUVEAU FONDS**

Veuillez proposer un nom pour le fonds (35 caractères maximum)		<input type="text"/>	
Début du fonds AAAA-MM-JJ	<input type="text"/>	Fin du fonds AAAA-MM-JJ	<input type="text"/>

**DÉMARRAGE D'ENTREPRISE**

À quoi ce nouveau fonds sera-t-il consacré?

(Indiquer tout autre renseignement à la page 3)

Servira-t-il à une embauche?      Oui      Non      Si Oui, joindre au présent formulaire la lettre d'offre du vice-principalat exécutif ou du Conseil des gouverneurs indiquant la source du financement.

Quelle est votre source de financement?      Transfert au sein du département      —      Autre      Numéro du fonds

Transfert au sein du département : veuillez fournir le numéro du fonds à partir duquel le transfert sera effectué.

Remarque : Il ne peut pas s'agir d'une subvention ni d'un contrat de recherche (fonds de type 2F/2M).

Autre : 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

FORMULAIRE DE DEMANDE DE NOUVEAU FONDS –  
DÉMARRAGE D'ENTREPRISE

### Revenus externes

Ventes de produits/services   
Frais d'inscription   
Dons

### Revenues (internal)

Remboursement interne   
Transferts internes

**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.

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 RESPONSABLE

Numéro  
du fonds

Confirmer le numéro 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*