

Les changements reçus au plus tard le 10 de chaque mois seront en vigueur lors du paiement du mois suivant.

Nom de l'établissement :		Numéro du permis :	
Exploitant(e)/Administrateur(trice) :		Téléphone :	
Date :			

## MOTIF DU CHANGEMENT :

### Changement du nombre d'heures d'un(e) éducateur(trice)

Nom de l'éducateur(trice)	Nouveau nombre d'heures par semaine

### L'éducateur(trice) ne travaille plus à cet établissement

Nom de l'éducateur(trice)	Date du départ	Motif (congé de maternité, cessation, etc.).

### Demande de renseignements concernant les paiements ou autre (veuillez joindre les documents à l'appui) :

### Les Demandes de changement peuvent être présentées par la poste :

Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance  
Soutien financier à l'amélioration de la qualité  
Place 2000, C.P. 6000  
520, rue King  
Fredericton (N.-B.) E3B 9M9

### ou courrier électronique :

QIFS-SFAQ@gnb.ca

**Nous n'acceptons plus les demandes par télécopieur.**

### À usage interne seulement

Mesure :	
Signature :	Date :