

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS

NOM : \_\_\_\_\_ N° LICENCE : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

MOTIF DU DEPLACEMENT :

Stage de Formation : \_\_\_\_\_

LIEU : \_\_\_\_\_ Kilomètres parcourus : \_\_\_\_\_

Noms des personnes covoiturées : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AUTRES FRAIS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AUTRES CAS (préciser la demande)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_ SIGNATURE POUR ACCORD

du Demandeur

de la Présidente

*Pour toutes dépenses joindre obligatoirement les justificatifs*

Les Remboursements se feront par virement bancaire

***A la Première demande de remboursement ou changement de compte bancaire merci de joindre un R.I.B.***