FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLISME
FRANCHE-COMTÉ

ATTESTATION de REMBOURSEMENT de FRAIS

BENEFICIAIRE

NOM : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Tél : .....
Fonction : .....
Nom de l'épreuve : .....
Période concerné : .....

INDEMNISATION

Nombre de jours de présence effective : ..... *Jours*
Tarif indemnité : ..... *Euros*

TOTAL des VACATIONS ..... €

Total A

FRAIS de DEPLACEMENT et REMBOURSEMENTS DIVERS (sur justifiactifs)

FRAIS de TRANSPORT
Voitures : ..... *km x 0,30 €* .....
Péages : ....
Parking : ....
Avion (vols) : ....
Train (trajets) : ....

REPAS FORFAITAIRES ..... *x 16 € le repas* .....
....
AUTRES FRAIS (à détailler) ....
....
....

Total B ..... €

Signature du bénéficiaire

TOTAL GENERAL A VERSER (A + B) ..... €

ASSOCIATION ORGANISATRICE (pour approbation) :

NOM : .....
Adresse : .....
.....
.....
.....

Signature ou cachet