

ATTESTATION de REMBOURSEMENT de FRAIS

BENEFICIAIRE

NOM: _____

PRENOM: _____

ADRESSE: _____

Fonction: _____

NOM DE L'ÉPREUVE: _____

date de l'épreuve : _____

Lieu de l'Épreuve : _____

INDEMNISATION

Nombre de jours de présence effective: _____ Jour(s) _____

1/2 journée _____ x 15 € _____ €

1jour _____ x 20 € _____ €

1 jour ELITE (1.12 ou 2.12) _____ x 30 € _____ €

Frais kilométriques : _____ x 0,30 € _____

TOTAL : _____ - € €

* si épreuve CLM le matin ou deux 1/2 étapes (matin+après-midi) le tarif sera de 2 x15 € soit 30 €

Signature du bénéficiaire

NOM DE L'ASSOCIATION ORGANISATRICE POUR APPROBATION:

Signature ou cachet

ADRESSE: _____
