

ATHLETIC CLUB de DIGNE LES BAINS

Stade Jean Rolland - BP N° 27 04001 Digne les Bains cedex

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS ENGAGES

NOM, Prénom

DEPLACEMENT

DATE

LIEU

MOTIF:

PERSONNES TRANSPORTEES (éventuellement)

NATURE DES FRAIS:

HEBERGEMENT : (1)

RESTAURATION : (1)

	Km	€	
TRANSPORT:	<input type="text"/>	0,16	<input type="text" value="0,00"/>
(cf 2 ci-dessous)	<input type="text"/>	0,23	<input type="text" value="0,00"/>

Autoroute :(1)

AUTRES FRAIS (préciser) (1)

TOTAL DU REMBOURSEMENT :

(1) sur justificatifs

(2) si véhicule de plus de cinq places

DATE ET SIGNATURE :

VISA DU PRESIDENT :

Réservé au trésorier :

Montant	Imputation		Paiement
	comptable	analytique	Chèque N°,date