



## REMBOURSEMENT DE FRAIS

Nom

Prénom

Puissance Fiscale véhicule si remboursements kilométriques\* :

\*Transmettre copie carte grise au secrétariat

INDEMNITES KILOMETRIQUES			
DATE	TRAJET / OBJET DU DEPLACEMENT	NBRE KM	SOMME DÛE
TOTAL			0.00 €
INDEMNITES REPAS			
DATE		FORFAIT	
TOTAL			0.00 €
AUTRES DEPENSES AVEC JUSTIFICATIFS			
DATE	NATURE DES DEPENSES		
TOTAL			
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>0.00 €</b>

Date :

Signature :

Signature d'un membre du bureau :

\* \*barème kilométrique en €/km

3 CV et moins 0.456 €

4 CV 0.523 €

5 CV 0.548 €

6 CV 0.574 €

7 CV et plus 0.601 €