

2 avenue Bergougnan

63400 Chamalières

Demande de remboursement

de frais kilométriques

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| N° de licence : |  |
| Adresse personnelle : |  |
| Date du déplacement : |  |
| Motif : |  |
| Lieu de départ : |  |
| Lieu d’arrivée : |  |
| Indemnité kilométrique : | Km AR \* 0,35€ = |
| Transport SNCF : |   |
| Autre : |  |
| Somme à rembourser : |  |

Signature :

Concerne le trésorier

Visa du Président du Comité :

Somme remboursée :

N° du chèque :