## NOTE DE FRAIS

M.Mme :

Adresse :

Ville : Code postal

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objet du déplacement**  **ou intervention** | **Date** | **Lieu** | **Vacation** | **Péage** | **KM** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Total kilométrique | | |  |
|  |  | Total kilométrique x 0,25 € | | |  |
|  |  | TOTAUX |  |  |  |

**MONTANT TOTAL DE L'INDEMNISATION :**

€ **EUROS**

**Date :**  **Signature :**

|  |  |
| --- | --- |
| **A remplir obligatoirement**  **Pour être défrayé** | |
| Visa du responsable de commission |  | Réglé le |  |
| Nom du responsable de commission |  | Chèque n° |  |
| Prénom du responsable commission |  | Visa du Trésorier/ Président |  |

**À retourner au comité dans les 15 jours après la date du déplacement ou de l’intervention**