|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

 | Demande de remboursement de frais de déplacement UNSS 2014/2015 |
|  | **UNSS Vosges- lycée Camille Claudel2 rue du Parmont- BP 158 - 88200 Remiremontfax : 03 63 55 61 09 mail : unss88@gmail.com** |
| Etablir une seule demande par rencontre (par sport et par journée)-Renseigner dûment chaque rubriqueMerci de transmettre ce document par fax ou mail unss88@gmail.com (poste possible également) **Envoyez le en pièce jointe** dans les **7 jours** suivant le championnat\* ATTENTION ! En cas de déplacement groupé, veuillez faire une seule demande de remboursement.C’est l’établissement qui va payer la facture qui effectue cette demande- une somme pas as est versée ensuite |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TYPE ETABLISSEMENT** |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NOM** |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VILLE**  |  |   |  **CODE AS** |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Date de la compétition** |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ACTIVITE** |   |  **Moyen de transport** |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Catégorie** |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lieu** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nombre de kilometres- kms aller SEULEMENT** |   | **Nombre d'élèves** |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Montant de la facture** |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SI **REGROUPEMENT** DE PLUSIEURS AS LE PAYEUR DOIT REMPLIR IMPERATIVEMENT LE TABLEAU SI DESSOUS (y compris son AS) - **UNE SEULE DEMANDE** PAR BUS  |
| REMPLIR **AUTANT DE LIGNES** QUE D ETABLISSEMENTS PRESENTS  |
|
| ETABLISSEMENT | VILLE |  CODE AS | NOMBRE D’ELEVES | Nb JO si pas joueur | TOTAL |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| NOMBRE TOTAL D’ELEVES DANS LE BUS |   |
|  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| **NOM ET PRENOM DU DEMANDEUR** |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DATE DE LA DEMANDE (jj/mm/aaaa)** |  |  |   |  | **cadre réservé UNSS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **Kms** | **total** |
| **MAIL** |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |