

Demande de Remboursement de frais

BENEFICIAIRE

Nom :	Prénom :
Nom de l'établissement scolaire :	Ville :
Adresse personnelle :	
Adresse mail :	
Objet de la réunion :	
Date et lieu :	

FRAIS DE TRANSPORT

Route
(nombre de kilomètres aller et retour) <input type="text"/>
Taux de remboursement : 0,20 €/km

Fait le :	Visa du Directeur du Service Régional,
à :	
Signature :	Somme attribuée :

IMPORTANT
Les remboursements se feront uniquement par virement bancaire - merci de joindre un RIB à votre première demande.