



**LIGUE D'OCCITANIE DE SAVATE boxe française & D.A**  
 528 CHEMIN DES PENSIONS 303080 ST CHRISTOL LEZ ALES

**Demande de remboursement de frais de mission**

**INTERVENANT**

Nom/Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : .....  
 Ville : .....

**Date de la demande** : .....

DATE	OBJET DEPLACEMENT	VILLE ↔ VILLE	KM A+R	PEAGE Fournir les Justificatifs originaux	REPAS	HOTEL	DEFRAIEMENT
<b><u>En Covoiturage</u></b> :      Nom : .....      Prénom : ..... Mission : .....							
<b><u>En Covoiturage</u></b> :      Nom : .....      Prénom : ..... Mission : .....							
<b><u>En Covoiturage</u></b> :      Nom : .....      Prénom : ..... Mission : .....							
			TOTAL PAR COLONNES	A=	B=	C=	D=

**Total global A+B+C+D+E+F=**

**Signature du bénéficiaire:**

**IMPORTANT** : Fournir impérativement tous les justificatifs originaux concernant vos demandes de remboursement (bons de carburant, tickets autoroute, tickets repas, facture hôtel, fournitures...etc...). Toute dépense non justifiée ne pourra être remboursée. Voir fiche ci-après.

Cadre réservé à la ligue

Paiement : CH N°

Date de Paiement :



**LIGUE D'OCCITANIE DE SAVATE boxe française & D.A.**  
 528 CHEMIN DES PENSIONS      30380 ST CHRISTOL LEZ ALES

**LISTE DES JUSTIFICATIFS DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

**Nature du Déplacement** : .....

OBJET DU REMBOURSEMENT	N°Factures ou Justificatifs	Montant
TICKETS AUTOROUTE	N° N° N° N°	
FACTURES REPAS	N° N°	
FACTURES HOTEL	N° N°	
AUTRES FRAIS	N° N° N°	

**Important : CET IMPRIME EST UTILISABLE POUR UNE SEULE MISSION.**

Attention : Tous les justificatifs devront être collés ou agrafés au dos de cette feuille et tous les renseignements les concernant devront être inscrits sur celle-ci. Toute demande de remboursement non justifiée par facture ne pourra être prise en compte.