Formulaire de remboursement de frais

NOM : ..... **Prénom :** .....

Club : ..... **N° de licence :** .....

☐ **Jury** ☐ **Arbitre** ☐ **DTD** ☐ **Athlète HN** ☐ **Entraineur départemental** ☐ **Dirigeant**

☐ **Comité directeur** ☐ **Intervenant extérieur** ☐ **Autre Précisez :** .....

MOTIF : .....

FRAIS DE DEPLACEMENT (joindre les justificatifs)

Date	TRAJET		ROUTE		AUTRES (Précisez)		Montant En €uros
	De…	A…	Nb km	Tx Barème	Aller	Retour	

TOTAL _____

AUTRES FRAIS (joindre justificatifs)

Date	Frais d'inscription	Hébergement	Repas	Parking	Autres	Montant en €uros

TOTAL _____

MONTANT TOTAL A REMBOURSER : .....

Mode de remboursement ☐ **Caisse** ☐ **Chèque** ☐ **Virement**

Date : **Visa du demandeur** **Visa du président**

Remplir intégralement le formulaire et l'adresser au siège du comité département

Comité Départemental des Ardennes de Karaté et Disciplines Associées – Siège social : 1, rue Marcel Fay 08090 TOURNES
Tél : 06.30.31.63.31 - Email : cd.ardennes.karate@gmail.com