



## NOTE DE FRAIS : KARATÉ

M. ....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Email : ..... Tél : .....

Nature de la dépense : .....

Date de la manifestation départementale : .....

### Récapitulatif des frais engagés

(Joindre obligatoirement les originaux des justificatifs **collés** ou **agrafés** sur **une feuille A4**)

Date	Nature	Montant	
			<input type="checkbox"/> Athlète
			<input type="checkbox"/> Entraîneur
			<input type="checkbox"/> Médical
			<input type="checkbox"/> Croix Rouge
			<input type="checkbox"/> Arbitre
			<input type="checkbox"/> Presse
			<input type="checkbox"/> Formateur
			<input type="checkbox"/> Resp. Encadrement
			<input type="checkbox"/> Stagiaire
			<input type="checkbox"/> Dirigeant
			<input type="checkbox"/> Personnel Admin.
			<input type="checkbox"/> Com. Sport.
			<input type="checkbox"/> Comité Directeur
Date et signature du demandeur :		Total	

Vérification 1	Le DTD :	Le Trésorier :	Le Président :
Banque :	N° :	Le :	Montant à rembourser

Les remboursements ne seront réglés que si la fiche est remplie intégralement.  
Fournir obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.