



FICHE DE FRAIS - VACATION

Mme M Nom Prénom

ADRESSE :

Téléphone : Mel :

Nature de la manifestation :

Poste occupé :

		Individuel			« Covoiturant »			« Covoituré »	
		Indemnité kilométrique	1/2 vacation ou journée formateur	Vacation ou WE formateur	Indemnité kilométrique	1/2 vacation ou journée formateur	Vacation ou WE formateur	1/2 vacation ou journée formateur	Vacation ou WE formateur
Distance valorisée									
A R B I T R E	National								
	Ligue								
	Département								
	Stagiaire								
Responsable									
Juge de grade									
Formateur									
SOUS-TOTAUX									
TOTAL GENERAL									

Date et Signature du Demandeur :	Signature du DTD	Signature du Président	Signature du Trésorier	Validation Comptabilité Date