ASSOCIATION DES FAMILLES DE VAIRES-SUR-MARNE

FICHE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS

Numéro de pièce (1)

NOM _____ PRÉNOM _____

ACTIVITÉ _____

Frais de déplacement en véhicule personnel

(Joindre la photocopie du certificat d'immatriculation)

Date :	Motif :	
Adresse de départ :		
Adresse d'arrivée :		
Véhicule utilisé :	Puissance : CV	Distance : km
Montant par rapport au barème fiscal : €	Montant demandé : €	

Autres dépenses

(Joindre les justificatifs)

Date	Objet de la dépense	Montant	Imputation (1)
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
	Report montant frais de déplacement demandé	€	
	TOTAL	€	

Date et signature

Remboursement (1)

Date :	Montant :	
Banque :	Moyen :	N° de chèque :
	Visa du payeur	

(1) Réservé au trésorier