



COMITE DEPARTEMENTAL  
DE L'INDRE  
DE LA FEDERATION FRANCAISE  
DE CYCLOTOURISME



## BORDEREAU DE REMBOURSEMENT DE FRAIS

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_ **FONCTION :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

**CODE POSTAL :** \_\_\_\_\_ **VILLE :** \_\_\_\_\_

**MAIL :** \_\_\_\_\_

**MANIFESTATION DONNANT LIEU A REMBOURSEMENT :** \_\_\_\_\_

DATE	DETAIL DES FRAIS	MONTANT
	<b>DEPLACEMENT * :</b> A / R De _____ à _____ <input type="text"/> Km De _____ à _____ <input type="text"/> Km De _____ à _____ <input type="text"/> Km <b>Total déplacement :</b>	
	<b>Fournitures de bureau <sup>2</sup> :</b>	
	<b>Autres frais (préciser) <sup>2</sup> :</b>	
	<b>Total à régler :</b>	

Demandeur :  Date : Signature :	Avis du Président Codep :  Date : Signature :	Réservé Trésorier : N° chèque : Virement bancaire : Date : Signature :
--	--	--

\* Les frais kilométriques sont à 0,32 €

<sup>2</sup> joindre impérativement les justificatifs