2017

Demande de remboursement des frais de déplacement

SDAP / AGAPA *(supprimer la mention inutile)*

NOM : ____________________ Immatriculation : ____________________

Prénom : ____________________ Déplacements du mois de : ____________________

Doyenné : ____________________ PÉRIODE : ____________________

DATE	DÉPART - ARRIVÉE	MOTIF	Nbre de KMS	autres frais de déplacement	
				Type	Montant

		Total KMS :	0,00		
		Indemnité kilométrique (0,41 €/km) :	**0,00 €**		
		Total "autres frais de déplacement" :			**0,00 €**

TOTAL à rembourser : 0,00 €

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT TOUS LES JUSTIFICATIFS

Nom de l'intéressé(e) :	**Nom du responsable :**
J'atteste : - L'authenticité des frais déclarés sur la présente demande. - Être en possession d'un permis de conduire valide. - Être le propriétaire du véhicule. - Avoir souscrit à une assurance automobile (avec l'option "trajet professionnel" pour les salariés de l'AGAPA). Date : ____ / ____ / _____ Signature :	Date : ____ / ____ / _____ Signature :