



DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Frais d'activité:

Autre:

A adresser aux Technicien-ne-s Séjours Activités

NOM et Prénom : N I A :

Adresse :

Code Postal : Ville:

Adresse lieu de travail (**pour les actifs**) :

Code Postal : Ville:

Bureau SLVie n° _____

Activité

Autre

Date :

Déplacement de : à :

Moyen de locomotion :

Autres frais (**joindre justificatifs**) : €

Distance kilométrique (**aller et retour**) : kms

**Repas
23€ Max**

Montant des frais kilométrique : kms x 0,37 € = € (**joindre itinéraire**)

Montant total de la demande de remboursement : €

Le : Signature :

Ordonnancement
Signature Président·e SLVie

Code Imputation IMPERATIF / indications sur le suivi budgétaire

Rubrique SR=

Code Lucie=