



NOTE DE FRAIS
Remboursement : Frais de déplacement ou autres

ANNEE :

MOIS :

NOM - Prénom : Commission / Pôle :

FRAIS DE DEPLACEMENT

Date	Trajet		Equipe ou autres (à préciser)	Nbre de km	Tarif du km	Sous Total
	Lieu de départ	Lieu d'arrivée				
					0,20 €	
NOMBRE TOTAL DE KMS PARCOURUS						
SOUS TOTAL IDEMNITES KILOMETRIQUES						

Abandon du remboursement au profit du montant de la charge déductible sur la déclaration d'imposition sur les revenus OUI - NON

AUTRES FRAIS (Péage - Repas - Formation - Mission - Achats ...)
Remboursement sur justificatif (Ticket autoroute / Facture)

Date	Motif	Justificatif (à préciser)	Montant	Sous Total
SOUS TOTAL AUTRES FRAIS				

DON :	OUI NON	Pièces jointes : Ticket autoroute / Facture	NET A PAYER	
-------	---------	--	-------------	--

Auteur Note de Frais / Nom & Prénom : <input type="text"/>		Président Commission ou Responsable : <input type="text"/>		Pôle Finances : Corinne LAUDES		Mode Règlement : Chèque / Espèces	
Date :	Signature :	Date :	Signature :	Date :	N° chèque :		