

**M
B
C**



MAURE BADMINTON CLUB

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS

Nom :	Prénom :	N° de licence :
Adresse :		
Téléphone :	Date :	
Fonction :	Signature :	

REMBOURSEMENT DE FRAIS DE DEPLACEMENT(S)

Objet du déplacement :		
Lieu de départ :	Lieu d'arrivée :	Aller ou Aller/Retour *
Nombre de personnes transportées (si nécessaire) :		
Distance parcourue :	km x	(indemnité kilométrique) = (coût en euros)

REMBOURSEMENT DE FACTURE(S) (joindre obligatoirement le ou les factures à la demande de remboursement)

Nature de(s) (la) facture(s) :	
Date de facture :	
Montants détaillés des factures (si nécessaire) :	
Montants total de(s) (la) facture(s) :	en euros

REMBOURSEMENT

Remboursement intégral

Remboursement partiel

Taux de remboursement :

Chèque N° :

Date :

Montant :

Remboursé par :

(Nom)

(Prénom)

(signature)

Approuvé par C.A en date du :