

**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

<input type="checkbox"/> Remboursement intégral			
<input type="checkbox"/> Remboursement partiel	Taux de remboursement :		
Chèque N° :	Date :	Montant :	
Remboursé par :	(Nom)	(Prénom)	(signature)
Approuvé par C.A en date du :			