

ATTENTION :

aucun remboursement ne se fera 30 jours après la date de l'évènement
aucun remboursement ne se fera après le 30 juin de la saison en cours

NOM :	VEHICULE : <input type="checkbox"/> PERSONNEL <input type="checkbox"/> LOCATION	
PRENOM :	- TYPE :	PUISSANCE :
	- IMMATRICULATION :	
	- REFERENCE ASSURANCE :	

OBJET	<input type="checkbox"/> Championnat par Equipe	Journée n° _____	Lieu : _____		
	<input type="radio"/> Equipe 1M	<input type="radio"/> Equipe 2M	<input type="radio"/> Equipe 3M	<input type="radio"/> Equipe 4M	<input type="radio"/> Equipe 5M
	<input type="radio"/> Equipe 6M	<input type="radio"/> Equipe 7M	<input type="radio"/> Equipe 8M	<input type="radio"/> Equipe 9M	<input type="radio"/> Equipe 10M
	<input type="radio"/> Equipe 11M	<input type="radio"/> Equipe 12M	<input type="radio"/> Equipe 13M	<input type="radio"/> Equipe 14M	<input type="radio"/> Equipe 15M
	<input type="radio"/> Equipe 1F	<input type="radio"/> Equipe 2F	<input type="radio"/> Equipe 3F	<input type="radio"/> Equipe 4F	<input type="radio"/> Equipe 5F
	<input type="checkbox"/> Critérium Fédéral	<input type="radio"/> Nationale 1	Tour n° _____	Lieu : _____	
		<input type="radio"/> Nationale 2			
	<input type="checkbox"/> Autres	_____ Lieu : _____			

- DATE :

- TRAJET DE : _____ A : _____

- NOMBRE DE KILOMETRES (A / R) : _____ **km**

- CONDUCTEUR :	- PASSAGERS :
----------------	---------------

NATURE DES FRAIS ENGAGES	MONTANT	AVANCE (Partie réservée au trésorier)
- Indemnités kilométriques forfaitaire (625100)		
Critérium Fédéral 0.10 € x km	€	€
Championnat/Equipe 0.15 € x km	€	€
Autres € x km	€	€
<i>(voir le Président ou Trésorier)</i>		
Déclaration aux impôts (dons aux oeuvres) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
- Frais d'autoroute (625102)	€	€
- Carburant (625104)	€	€
- Frais SNCF / Tickets de Métro / Parking (625103)	€	€
- Billet Avion (625105)	€	€
- Frais d'hébergement : Hôtel / Gite (625101)	€	€
- Frais de restauration (625101)	€	€
TOTAL	- €	- €

VISA DE L'INTERESSE :

*Date et
Signature
Obligatoire*

Partie réservée au TRESORIER

Chèque n° : _____ Date : _____

Virement bancaire

Merci de remplir cette fiche aussi précisément que possible