



FICHE REMBOURSEMENT Déplacement Région



JOUEUR	Dirigeant	Entraîneur	Encadrant	PARENTS de joueur

NOM et prénom :

Si parent de joueur :

NOM, prénom joueur :

Adresse du remboursement :



RENSEIGNEMENTS du déplacement REGIONAL à rembourser		
JOURNEE	CHAMPIONNAT	LIEU



(Faire une croix, mettre les montants et joindre les justificatifs)

MINIBUS	Frais d'autoroute (avec justificatifs)	MONTANT	<input type="text"/>
	Frais de carburant (avec justificatifs)	MONTANT	<input type="text"/>

VOITURE	Frais d'autoroute (avec justificatifs)	MONTANT	<input type="text"/>
	Indemnités essence calculées par le Club 0.15€ /Km aller/retour		



A titre d'information vous pouvez estimer vos indemnités essence			
ESTIMATION KM (aller/retour)	<input type="text"/>	MONTANT ESTIME	0,00 €

Fait à : Signature :

le :

à : compléter, imprimer, signer et joindre vos justificatifs
Demande à transmettre au Trésorier de la section SASHB

M. Emeric FINGONNET
22 rue Néricault Destouches 37320 ESVRES



Informations CLUB <> SAS