FRAIS DE DEPLACEMENT

NOM : **PRENOM:** ***MOIS DE :***

Date	Nom Bénéficiaire	Lieu de destination	Nb de km	Signature Bénéficiaire	Date	Nom Bénéficiaire	Lieu de destination	Nb de km	Signature Bénéficiaire
		TOTAL					TOTAL		

Déplacements divers (formation, délégation, visite médicale…)

Date	Motif	Nb km	Date	Motif	Nb km

TOTAL GENERAL		*DONT MOTO :*	

"Lu et approuvé"

Signature :