



COMITE DE L'AIN DE BASKET-BALL - CDAMC

Demande de remboursement de frais suite à un forfait.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (impératif) : _____

Date et heure de la rencontre : ____/____/____ h ____

Niveau de la rencontre : _____

Equipe Recevante : _____

Equipe Visiteuse : _____

EQUIPE FORFAIT : _____

La rencontre était-elle suivie d'une autre (rencontres couplées) ?

OUI

NON

Nombre de Kilomètres Aller Retour : _____

Date de la demande :

Signature :

Partie réservée à la CDAMC.

Nombre de Kilomètres _____ X 0,34 € = _____ €

Indemnité éventuelle de rencontre + _____ €

Total à payer =

--

 €

A imputer à _____

Visa du Président de la CDAMC.

Partie réservée au trésorier

Payé le : _____

Chèque n° _____