justificatif deplacement juges ou Examinateurs

NOM et prénom du demandeur

Fonction à la LAM PACA :

Sollicite l'indemnisation de frais engagés pour :

Date(s) :

Trajet de: **à**

Fait le (date) **:** **Signature :**

DECOMPTE DES FRAIS IMPUTABLES A LA FFAM

	Colonne réservée LAM PACA	*KM*	Assemblée générale	Réunion bureau exécutif	Réunion comité directeur	Convention LAM	Autres missions	TOTAL
	Code comptabilité		*81101*	*81102*	*81103*	*85101*	*81105*	
Nombre de km x 0,20 € (transport par véhicule individuel)	*6251*							
Péage (1)	*6251*							
Autres (préciser) **:**								
TOTAL								

(1) Remboursement sur fourniture du justificatif . ***Dans le cas d'une photocopie ou d'un scan, dater et signer le justificatif en ajoutant la mention manuscrite "Copie conforme à l'original".***

Partie réservée à la LAM PACA		
Date	**Accord de la LAM PACA**	

108, rue St Maur 75011 Paris
Tel: 01 43 55 82 03 - Fax: 01 43 55 79 93 - www.ffam.asso.fr