NOTE DE FRAIS

NOM et prénom du demandeur

Fonction à la LAM PACA :

Sollicite l'indemnisation de frais engagés pour :

Date(s) :

Trajet de: **à**

Autre(s) personne(s) éventuellement concernée(s) :

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

DECOMPTE DES FRAIS IMPUTABLES A LA FFAM

	Colonne réservée FFAM	***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*	*0*						
Péage (1)	*6251*							
Train / avion	*6251*							
Hôtel (plafonné à 55 € par nuit) **(1)**	*6250*							
Repas (sauf cas exceptionnel, plafonné à 20€ par repas) **(2)**	*6250*							
Autres (préciser) **:**								
TOTAL								

(1) remboursement sur presentationdes justificatiifs ou verification via MAPPY

(2) *Pour un remboursement au-delà du forfait, fourniture d'une facture acquittée*

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