

Concerné-e-s : Personnel Arsouilles ASBL	Personne-s de référence : Laurence DUSPEAUX et Alison GODARD
--	--

### NOTE DE FRAIS DE DEPLACEMENT

Nom et prénom : .....

Adresse domicile : .....

Date : .....

Objet du déplacement : .....

Adresse du déplacement : .....

En passant par (covoiturage) :

Personnes prises en covoiturage	Adresse de prise en charge

TOTAL DES KMS MISSIONS (aller - retour) : .....

Remboursement à effectuer sur le numéro de compte : BE.....

Fait à ..... Le .....

Signature de l'accueillant-e

**Vérifié par l'assistance sociale**  
**Date et signature**