

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

