

Formulaire frais déplacement

dans la limite de 50% de prise en charge (hors département)

ASSOCIATION	
Nom et prénom Du demandeur	
Fonction exercée	
Motif du déplacement	
Période du déplacement	

! Dossiers à remettre
contact@omstierce.fr
- Avant fin octobre pour la période
mai à octobre
Avant fin avril pour la période
novembre à avril
Aucune prise en charge si hors délais

(A) Véhicule(s) particuliers(s) (1 véhicule pour 5 adultes ou 4 compétiteurs + 1 accompagnant)

Ville de départ	Ville d'arrivée	Date trajets	Km Parcours	Nb d'A/R	Forfait indem. Km	Coût Total	Cadre réservé à l'OMS
					0,40 cts		
					0,40 cts		

(B) Transport routiers collectifs (navette, métro, bus, tramways, car, minibus ...) facture obligatoire

Précisez (métro, bus, etc.)	Coût unitaire	Quantité	Coût total	Cadre réservé à l'OMS

(C) Train ou avion 2e classe facture obligatoire

Ville de départ	Ville d'arrivée	Nb d'A/R	Coût du billet A/R	Cadre réservé l'OMS

Coût total (A+B+C) des dépenses

(D) Hébergement sans restauration (Le repas reste à la charge du club)

Base de calcul 20 euros par compétiteur et par nuit (distance minimale 400 kms, à concurrence du coût réel, facture hébergement obligatoire)

Précisez (hôtel, camping, etc.)	Nb compétiteur	Forfait nuitée	Coût Total	Cadre réservé à l'OMS
		20,00 €		

Coût total (D) des dépenses

Demande : Acceptée Refusée

Motif du refus :

Date :/...../.....

Président (e) Trésorier (e)

% prise en charge
(A+B+C)

Montant retenu
(A+B+C)

Montant à payer
(A+B+C+D)