



NOTE DE FRAIS EVENEMENTIELLE
GROUPE 3

Code Budget	
Initiales du responsable	AF
Visa du responsable	

POLE ESPOIRS / FRANCE :

Mme, Melle, M. Nom : Prénom :
EN MAJUSCULES
 Adresse :
 Code Postal : Ville :

OBJET DU REMBOURSEMENT :

Nature : **SUIVI REGLEMENTAIRE MEDICAL**
 Date :

DETAIL DES FRAIS (*) :

	Montant dépensé	Prise en charge FFJDA
EXAMENS		
CONSULTATION		
TOTAL		

colonne réservé FFJDA

Le : Signature : (La signature vaut acceptation des bases de remboursement)

Signature du responsable du pôle :

(*) Joindre les justificatifs originaux.
Les dépenses sans justificatifs ne seront pas remboursées.

Je désire être remboursé (e) par chèque

Je désire être remboursé(e) par virement bancaire (joindre un RIB à la 1ère demande)

SERVICE GESTION-FINANCES	
comptabilisation	paiement
date : ... / ... /	date : ... / ... /
journal : NDF	banque :
folio :	chèque n° :
ligne :