

**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE RÉGIONALE**

**27 MAI 2025**

**FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENTS**

**Covoiturage si possible**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identification de la personne qui réclame des frais** | | | |
| **Nom :** | **Prénom :** | | **Secteur :** |
| **Adresse :** | | | |
| **Ville :** | | **Code postal :** | |
| **Signature :** | | **Date :** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification des personnes passagères** | **Tarif (B)** |
| **Personne conductrice :** | **Base : 0,25 /km** |
| **Personne passagère :** | **2 membres et plus**  **0,40 / km** |
| **Personne passagère :** |  |
| **Personne passagère :** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Calcul du remboursement admissible** | | |
| **Ville de départ:** | **Kilométrage jusqu’à l’hôtel :**  **Km (A) :** | |
| 1. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_km x 2 = \_\_\_\_\_\_\_ moins 100 km = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ km x tarif (B) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_ $** | | |
| **Vérification présidence du secteur :** | | **Date :** |
| **Vérification présidence régionale :** | | **Date :** |