

**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 :** |