Demande de remboursement de frais déplacement

Je *soussigné* .....

membre de S.O.E., *sous la licence n°* .....

atteste, avoir effectué le(s) déplacement(s) suivant(s) :

Date	*Lieu de départ*	*Lieu d'arrivée*	*Objet*	*Distance (Km)*
			TOTAL	

*et requiert à ce titre *, une indemnité auprès de* S.O.E.

*une somme** de* _ _ _ _ _ _ _ _ €

* Soumis à l'approbation du Comité Directeur
** taux remboursement :

Véhicules automobiles : 0,299 euros/km
Vélomoteurs, scooters, motos : 0,116 euros/km

Fait à *le* / / 200