



NOTE DE FRAIS DES OFFICIELS

F
É
D
É
R
A
T
I
O
N

F
R
A
N
Ç
A
I
S
E

D
E

C
Y
C
L
I
S
M
E

BENEFICIAIRE

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

Fonction : _____

NOM DE L'EPREUVE : _____

PERIODE CONCERNEE : _____

RENUMERATION :

Nombre de jours de présence effective : _____

Tarif indemnité : _____ € _____

TOTAL BRUT (A) : _____ €

FRAIS DE DEPLACEMENT ET REMBOURSEMENTS DIVERS NON SOUMIS A COTISATION SUR JUSTIFICATIFS

KILOMETRES PARCOURUS _____ km x 0,25€

REMBOURSEMENTS DIVERS _____

TOTAL Frais à verser (B)

_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€

TOTAL GENERAL A VERSER (A+B) _____ €

NOM DE L'ASSOCIATION ORGANISATRICE POUR APPROBATION :

ADRESSE : _____

Signature ou cachet