**RECAPITULATIF DES FRAIS DE DEPLACEMENTS**

**EFFECTUES DANS LE CADRE D’UN DIAS**

**Personnel à l’origine de la demande de remboursement des frais**

**Nom**  :

**Prénom** :

Etablissement d’exercice :

Vous êtes (cochez la case correspondant à votre situation) :

□ Tuteur académique

□ Personnel accompagné (tutoré)

Personnel visité

Nom  :

Prénom :

Etablissement d’exercice : ………………………………………….

Récapitulatif des déplacements

Dates des déplacements (limités à 4 pour l’année scolaire)

|  |  |
| --- | --- |
| Dates | Plage horaire**\*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**\*** les déplacements sur une journée donnent droit au remboursement d'un repas au tarif réglementaire.

Signature et cachet A ……………..….. , le

Du chef d’établissement Signature du demandeur

Attestant les déplacements

Aux dates et heures indiquées