|  |
| --- |
|  |

 **FRAIS DE DEPLACEMENTS**

**Année 2023-2024**

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

Statut (cochez la case correspondant à votre situation) :

□ TUTEUR ACADEMIQUE (DIAS)

□ PERSONNEL ACCOMPAGNE

**Nom** :

**Prénom** :

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

Personnel visité

Nom :

Prénom :

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

Récapitulatif des déplacements

PERIODE (\*) :

Dates des déplacements

|  |  |
| --- | --- |
| 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