Indemnités Km : ………… € du km **NOTE DE FRAIS** Nom du bénéficiaire : ……………………….........

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATE** |  |  |  |  |  | **TOTAL** |
| **LIEU / MOTIF** |  |  |  |  |  |  |
| **Véhicule personnel** | **Distance (Km)** |  |  |  |  |  |  |
| **Montant** |  |  |  |  |  | **€** |
| **Autres moyens****de transport** | **Type (1)** |  |  |  |  |  |  |
| **Montant** |  |  |  |  |  | **€** |
| **Restauration** | **Nombre de repas** |  |  |  |  |  |  |
| **Montant** |  |  |  |  |  | **€** |
| **Hébergement** | **Montant** |  |  |  |  |  | **€** |
| **Autres frais** | **Type (2)** |  |  |  |  |  |  |
| **Montant** |  |  |  |  |  | **€** |
| **Nombre de justificatifs fournis** |  |  |  |  |  |  |
| **Frais à refacturer (3)** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Net à payer : €** |
|  |  |  |  |  |  | Sur le compte enregistré pour les remboursements |

Types de transport : train, taxi, navette, métro, parking, péage A …………………… le …………………………….

1. Renseigner la nature des frais, en clair
2. Renseigner la structure auprès de qui la COFA doit se faire rembourser les frais
3. Joindre un RIB lors du premier remboursement Signature du bénéficiaire :