REGION ACADEMIQUE LA REUNION

***Lycée Paul Moreau***

Bras-Panon

**ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT**

*A retourner au service du DDF au plus tard 15 jours après le dernier déplacement*

**NOM – Prénom de l’agent ……………………………………………………………..……………… Fonction / Discipline : ……………………………………………………………………………….…………**

**Motif du déplacement :** Période de formation en milieu professionnel

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VISITE**  *Date* | **ELEVE**  *NOM – Prénom*  *Classe* | **ENTREPRISE**  *Nom et adresse de l’entreprise* | **Cachet + signature de l’entreprise**  **(obligatoire)** | **Cadre réservé au service de gestion** | | |  |
| **Taux** | **km** | **Montant** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | | ***Somme à rembourser*** |

*\*Joindre ordre de mission, RIB, copie de la carte grise du véhicule utilisé*

Je soussigné(e), ……………………………………………….., certifie sur l’honneur

Date et Visa service de gestion :

l’exactitude des informations ci-dessus

Fait le ………………………. Signature de l’agent