



DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS LIÉS A L'ARBITRAGE

A n'utiliser que pour des actions d'arbitrage, juge-arbitrage

A renvoyer après visa du responsable commission à : CDBA 45 - 1240 rue de la Bergeresse - 45160 OLIVET

DEMANDEUR Nom : _____ Prénom : _____
 N° de licence fédérale : _____
 Ligue : _____ Club : _____
 Adresse : _____
 Email : _____ Téléphone : _____

C O M P E T I T I O N (précisez)

Autres (précisez)

Date: _____ **N° Journée (IC):** _____ **Lieu (ville/salle):** _____
Organisation - Club & Nom du responsable _____

A officié en tant que ¹: J. A. J.A. Adjoint Arbitre Autres
 - Le: _____ de _____ H à _____ H - Le: _____ de _____ H à _____ H
 - Le: _____ de _____ H à _____ H **Indemnité:** _____ €

Ne sont pris en compte que le frais de déplacement et d'hébergement exclusivement nécessaires à la mission d'arbitrage

Déplacement ¹: Train Voiture Autres **Distance Aller+Retour:** _____ **KM**
VILLES Départ: _____ Arrivée: _____ **Tickets Péages** ² _____ **€uros**
 Nombre d'arbitre(s) dans la voiture: _____
 Nom & Prénom: _____ **Coût total déplacement:** 0,00 €

Hébergement ¹: Hôtel1 Foyer1 Autres1
Nombre de nuits ²: _____ à _____ € **Coût total hébergement:** _____ €

Nota: pour les missions supérieures à 1 journée nécessitant un hébergement: joindre l'ordre de mission.

Autres frais lors de la compétition ²
 nature: _____ Total autres frais: _____

Fait le: _____ **Signature:** _____ **TOTAL à PAYER:** 0,00 €
 à _____ 0,00

Merci de fournir une photocopie du véhicule utilisé (si ce n'est déjà fait) Numéro matricule du véhicule utilisé

- Pour une 1^{ère} demande ou un changement de compte joindre un RIB comportant les codes IBAN et BIC.
- les demandes de remboursement doivent nous parvenir dans le mois suivant l'action réalisée
- les règlements auront lieu dans les six semaines à réception de la demande.

1 Cocher la case adéquate. 2 Joindre tous les justificatifs

Rappel des tarifs (01/09/2023) :

Indemnités/jour : Arbitre (forfait 4H) : 30 € (+6€/H), J-A Adjoint : 40€/J, Juge-Arbitre : 50€/J, Formateur : 50€/J

Indemnité kilométrique : 0,50 €/KM *frais bénévoles

VALIDATION

Responsable de la commission ou le président Nom Prénom : _____ Date : _____	Signature : _____	Visa Trésorier Virement fait le : _____
---	--------------------------	--