****

**Frais de déplacements**

*Année*: ……………………………..

*Mois*: ………………………………..

*Nom de l’accueillant(e)*: ………………………………………………………………………………………………………

*Numéro de code* : …………………………………………………………………………………………………………………

*Motif et date du déplacement*: 0 Formation ………………………………………………………………………….

0 Médecine du travail …………………………………………………………..

0 Autre (préciser) …………………………………………………………………

*Moyen de transport*: ……………………………………………………………………………………………………………..

*Kilomètres*: …………………………………………. à 0,3573 € (au 1/7/2018) = ………………………………. €

*Ticket de transport ou de parking* (A annexer) ……………………………………………………………………. €

TOTAL : …………………………….. €

Signature de l’accueillant(e) Paraphe de la direction