

Exemplaire à utiliser pour un arbitrage « Désignation Club »

LIGUE DE FRANCHE COMTE DE HANDBALL
BP 71592 – 25010 - BESANCON CEDEX 3

Tél : 03-81-88-56-03
Fax : 03-81-80-27-73

JUSTIFICATIF DE REMBOURSEMENT DE FRAIS D'ARBITRAGE N°1 (arbitre seul)
Selon BAREME EN VIGUEUR

DATE . HEURE : ...H....

RENCONTRE : DIVISION :

LIEU :

NOM		Signature
PRENOM		
CLUB		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
VILLE		

INDEMNITES KILOMETRIQUES X 0.25 € =.....
Kilométrage total effectué

PARTICIPATION FRAIS D'EQUIPEMENTX =.....

TOTAL A REMBOURSER =.....

SOIT LA MOITIE DU TOTAL A LA CHARGE DE CHAQUE CLUB

L'arbitre (ou les arbitres) soussigné(s) déclare(nt) sincères et véritables les informations contenues dans la présente note de frais

LIGUE DE FRANCHE COMTE DE HANDBALL
BP 71592 – 25010 - BESANCON CEDEX 3

Tél : 03-81-88-56-03
Fax : 03-81-80-27-73

JUSTIFICATIF DE REMBOURSEMENT DE FRAIS D'ARBITRAGE N°1 (arbitre seul)
Selon BAREME EN VIGUEUR

DATE . HEURE : ...H....

RENCONTRE : DIVISION :

LIEU :

NOM		Signature
PRENOM		
CLUB		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
VILLE		

INDEMNITES KILOMETRIQUES X 0.25 € =.....
Kilométrage total effectué

PARTICIPATION FRAIS D'EQUIPEMENTX =.....

TOTAL A REMBOURSER =.....

SOIT LA MOITIE DU TOTAL A LA CHARGE DE CHAQUE CLUB

L'arbitre (ou les arbitres) soussigné(s) déclare(nt) sincères et véritables les informations contenues dans la présente note de frais

Exemplaire à utiliser pour un arbitrage « en binôme »

LIGUE DE FRANCHE COMTE DE HANDBALL
BP 71592 – 25010 - BESANCON CEDEX 3

Tél : 03-81-88-56-03
Fax : 03-81-80-27-73

JUSTIFICATIF DE REMBOURSEMENT DE FRAIS D'ARBITRAGE EN BINOME Selon BAREME EN VIGUEUR

DATE . HEURE : ...H....

RENCONTRE : DIVISION :

LIEU :

NOM		Signature
PRENOM		
CLUB		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
VILLE		

INDEMNITES KILOMETRIQUES X **0.15** € =.....
Kilométrage total effectué

PARTICIPATION FRAIS D'EQUIPEMENTX =.....

TOTAL A REMBOURSER =.....

SOIT LA MOITIE DU TOTAL A LA CHARGE DE CHAQUE CLUB

L'arbitre (ou les arbitres) soussigné(s) déclare(nt) sincères et véritables les informations contenues dans la présente note de frais

LIGUE DE FRANCHE COMTE DE HANDBALL
BP 71592 – 25010 - BESANCON CEDEX 3

Tél : 03-81-88-56-03
Fax : 03-81-80-27-73

JUSTIFICATIF DE REMBOURSEMENT DE FRAIS D'ARBITRAGE EN BINOME Selon BAREME EN VIGUEUR

DATE . HEURE : ...H....

RENCONTRE : DIVISION :

LIEU :

NOM		Signature
PRENOM		
CLUB		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
VILLE		

INDEMNITES KILOMETRIQUES X **0.15** € =.....
Kilométrage total effectué

PARTICIPATION FRAIS D'EQUIPEMENTX =.....

TOTAL A REMBOURSER =.....

SOIT LA MOITIE DU TOTAL A LA CHARGE DE CHAQUE CLUB

L'arbitre (ou les arbitres) soussigné(s) déclare(nt) sincères et véritables les informations contenues dans la présente note de frais