

ETAT DES SOMMES DUES A

Mr / Mme

au titre des indemnités représentatives de frais liés à un déplacement dans le cadre du service

Réf : Délibération n° 66/CP du 17 novembre 2008 - JONC du 27 novembre 2008

Grade ou emploi :

Résidence administrative :

Joindre un RIB (ou RIP), les pièces justificatives (convocation, ordre de mission, ordre de service, attestation de présence le cas échéant)**Motif du déplacement :**

Date:

Moyen de transport :

- Véhicule administratif Réquisition de passage
 Véhicule personnel (*joindre une photocopie de la carte grise, de l'attestation d'assurance et l'autorisation d'utilisation du véhicule personnel*)
 Transport en commun (*)

(*) **Dans ce cas, joindre les justificatifs de déplacements (originaux des billets ou souches)**Logement : fourni non fourniNourriture : fournie non fournie

Jour et heure d'ouverture de la réunion :

Jour et heure de clôture de la réunion :

Jour et heure de départ du domicile :

Jour et heure d'arrivée au domicile :

Itinéraire à parcourir :

DECOMPTE DES INDEMNITES DE TOURNEE

repas du midi à	2 100 F.CFP =		F CFP
repas du soir à	3 150 F.CFP =		F CFP
découchés à	15 000 F.CFP* =		F CFP

En cas d'utilisation du véhicule personnel :

Puissance du véhicule : CV

kilomètres à F CFP/ km = F CFP

Frais connexes :

- Frais de délivrance d'un visa F CFP
 Frais de vaccination liés au lieu de la mission F CFP
 Taxes aéroportuaires F CFP
 Frais de péage F CFP
 Excédent de bagage (**) F CFP

(*) dans la limite de 15 000 F.CFP par découché et sur présentation obligatoire des justificatifs.

(**) s'il est lié au transport d'un matériel nécessaire à l'exercice des fonctions à accomplir dans le cadre du déplacement et dans la mesure où il a été expressément mentionné dans l'ordre de service ou de mission

TOTAL**F CFP****Arrête le montant du présent état des sommes dues à la somme de (montant en lettre) :**

Je soussigné..... sollicite le remboursement de mes frais de déplacement et déclare n'avoir bénéficié d'aucune indemnisation, ni d'aucune mise à disposition par ma collectivité d'un moyen de transport et de n'avoir bénéficié d'aucun acquis à titre personnel sur les moyens de transport publics ou la fourniture gratuite du logement et des repas, dans le cadre du déplacement ci-dessus.

Date :

Signature de l'intéressé**Cachet et signature de la hiérarchie****Président de l'organisme consultatif (si besoin)**Certifié le Certifié le Nom Nom Signature Signature