

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DEPLACEMENT DANS LE CADRE D'UNE FORMATION

Nom-Prénom de l'agent :									
Pôle/Direction:									
Intitulé de la formation :									
Référence dossier (numéro indiqué sur l'ordre de mission) :									
FRAIS DE TRANSPORTS : <p>TRANSPORT EN COMMUN : La prise en charge s'effectue sur présentation de justificatifs dans la limite du transport en commun le moins onéreux (tickets ou reçus ou billets SNCF/RATP).</p> <p>Aucun remboursement lié à l'utilisation du véhicule personnel ne pourra être effectué.</p>									
<input type="checkbox"/> transports en commun (joindre les justificatifs)									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">RER</td> <td style="width: 15%;">€</td> </tr> <tr> <td>Train</td> <td>€</td> </tr> <tr> <td>BUS</td> <td>€</td> </tr> <tr> <td>Avion</td> <td>€</td> </tr> </table>		RER	€	Train	€	BUS	€	Avion	€
RER	€								
Train	€								
BUS	€								
Avion	€								
FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE RESTAURATION : <p>REPAS : Le remboursement des repas s'effectue sur la base des frais réels plafonnés selon la réglementation. Fournir obligatoirement les reçus ou tickets. Taux maximum plafonné à 20€ par repas. Attention, pour les agents en études promotionnelles financées par l'établissement, la prise en charge des repas est possible lorsque le lieu de formation est dépourvu d'un self ou restaurant collectif (attestation d'absence de self à fournir obligatoirement), en ce cas le plafond sera de 10€ par repas.</p> <p>HEBERGEMENT (inclusif le petit déjeuner) : Le taux de base est plafonné à 90 €, Pour les grandes villes > à 200 000 habitants 120 € par nuitée (nuit + petit déjeuner). Le remboursement s'effectue sur présentation de justificatifs.</p>									
DATE / HEURE / VILLE DE DEPART : <hr/> DATE / HEURE / VILLE DE RETOUR : <hr/>									
NOMBRE DE REPAS : (Joindre les justificatifs)									
- déjeuners : _____ = _____ €									
- dîners : _____ = _____ €									
NOMBRE DE NUITES (Nuit+ petit-déjeuner) : _____ X _____ €									
FRAIS D'INSCRIPTION OU D'ENSEIGNEMENT AVANCÉS PAR L'AGENT :									
Montant total à rembourser <hr/>									
Date : Signature de l'agent :									
Date : Signature obligatoire du cadre de pôle pour les services de soins ou du directeur-adjoint pour les directions :									

DOCUMENT A RENVOYER IMPERATIVEMENT AU SERVICE DE LA FORMATION CONTINUE **DANS LES 30 JOURS AU PLUS TARD APRES VOTRE FORMATION** AVEC LES **ORIGINAUX DE VOS JUSTIFICATIFS** AINSI QUE : - L'ORDRE DE MISSION- L'ATTESTATION DE PRESENCE- LE QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DÜMENT RENSEIGNE.