



FFHANDBALL

Remboursement des frais d'arbitrage

Date : Lieu :

Division : Match :

Grade : Groupe : Partenaire :

Nom

Prénom

Adresse

Adresse

CP - Ville

Structure

Signature de l'arbitre

Nom - Prénom - Signature du représentant du club

Exemplaire club 14 09 2017

Lieu :

Match :

Groupe :

Partenaire :

Covoiturage : Oui Non

Les signataires déclarent sincères et véritables les informations figurant sur le présent bordereau

DETAIL DES FRAIS DE DEPLACEMENT

kms x	€ =	€
Forfait		€
Indemnité de match		€
Péage		€
Transports en commun		€
Autres :		€
TOTAL :		€

Somme en lettres :

Banque ou CCP N° de chèque

Code match :



FFHANDBALL

Remboursement des frais d'arbitrage

Date : Lieu :

Division : Match :

Grade : Groupe : Partenaire :

Nom

Prénom

Adresse

Adresse

CP - Ville

Structure

Signature de l'arbitre

Nom - Prénom - Signature du représentant du club

Exemplaire arbitre 14 09 2017

Adresse :
GPS :

Lieu :

Match :

Groupe :

Partenaire :

Covoiturage : Oui Non

Les signataires déclarent sincères et véritables les informations figurant sur le présent bordereau

DETAIL DES FRAIS DE DEPLACEMENT

kms x	€ =	€
Forfait		€
Indemnité de match		€
Péage		€
Transports en commun		€
Autres :		€
TOTAL :		€

Somme en lettres :

Banque ou CCP N° de chèque

Code match :