



ST-AFFRIQUE HANDBALL

Gymnase des 12 Etoiles
12400 ST-AFFRIQUE
N°SIRET 418 819 132 000 14

Année 2017

DECLARATION DE FRAIS DE BENEVOLAT

NOM :

Prenom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

	DATE	LIEU	Motif du déplacement	Distance Aller- retour
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
			Total Km	0
			Taux applicable (en Euros/km)	0,311
			Total des Frais	0 €

Je soussigné(e), (nom prénom)

Déclare (1)

.....

Fait à : Saint-Affrique Le : Signature :

Visas	
Président ou Secrétaire Général	Trésorier

(1) expressément renoncer au remboursement des frais ci dessus déclarés et demande à bénéficier des dispositions de l'Article 200-1 du CGI et que me soit délivré un reçu des dons me permettant de bénéficier de l'application de l'article précité.