



NOTE DE FRAIS
MEDECIN - KINESITHERAPEUTE
CHAMPIONNATS

Date : ___/___/_____

Nom de la compétition : _____

Fonction : Médecin Kiné

Nom/prénom _____

Numéro de compte : _____

Médecin

		Montant
	Compétition	170,00 €

Kinésithérapeute

		Montant
	Compétition	150,00€

Frais de déplacement (0,22 €/km)

Lieu de départ	Nombre de km (A/R)	Montant
	€

Matériel (si nécessaire)

		Montant
Matériel *	* Facture en annexe€

TOTAL€
--------------	--------

Date : ___/___/_____

Signature :