

**NOM ET PRENOM :**
**MOIS :**
**DEPARTEMENT :**

*Pour être valide, cette feuille doit être remplie complètement, lisiblement et sans rature*

Jour	Détails famille : (ville, nom bénéficiaire, durée mission)				Kms à 0,19	Kms à 0,33
	Famille 1	Famille 2	Famille 3	Famille 4		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
Jour	Détails famille : (ville, nom bénéficiaire, durée mission)					
	Famille 1	Famille 2	Famille 3	Famille 4		

25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
<b>TOTAL KMS</b>						

Indemnités kilométriques  x  =

Accompagnement véhiculé  x  =

*Merci de joindre à la note de frais une copie de la facture Lancelot pour la facturation de l'accompagnement véhiculé*

**TOTAL A PAYER**

**Signature du salarié :**

**Signature du responsable :**