|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LIGUE DE FRANCHE-COMTE DE HANDBALL Tél : 03-81-88-56-03BP 71592 - 25010 BESANCON CEDEX 3 Fax : 03-81-80-27-73**JUSTIFICATIF DE REMBOURSEMENT DE FRAIS D’ARBITRAGE N°1 (arbitre seul)****Selon BAREME EN VIGUEUR**DATE :  Heure : RENCONTRE : DIVISION : LIEU :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM PRENOM CLUB ADRESSE CODE POSTAL VILLE  |  | SIGNATURE (s) |

INDEMNITES KILOMETRIQUES x 0,28 € =Kilométrage total effectuéPARTICIPATION FRAIS D’EQUIPEMENT 21 = 21 TOTAL A REMBOURSER = **SOIT LA MOITIE DU TOTAL ………. EUROS A LA CHARGE DE CHAQUE CLUB** |