|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LIGUE DE FRANCHE-COMTE DE HANDBALL Tél : 03-81-88-56-03  BP 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 effectué  PARTICIPATION FRAIS D’EQUIPEMENT 21 = 21  TOTAL A REMBOURSER =  **SOIT LA MOITIE DU TOTAL ………. EUROS A LA CHARGE DE CHAQUE CLUB** |