

Compagnie des Archers Tricastins

Demande de remboursement du forfait de déplacement au championnat Comité Auvergne Rhône Alpes / France individuel *(rayer la mention inutile)*

Prénom & Nom du bénéficiaire: _____

Discipline du championnat : _____ Catégorie : _____

Lieu du championnat : _____

Date du championnat : _____ / ____ / _____

Montant du forfait de déplacement fixé par la Compagnie : _____ €
(Montant défini et porté à la connaissance de l'archer préalablement au championnat)

Demandeur signataire :

Nom : _____

Date : ____ / ____ / _____

Prénom : _____

Signature :

Qualité : _____

Validation :

Le (la) Président (e)

Le (la) Vice-Président (e)

(rayer la mention inutile)

Date : ____ / ____ / _____

Signature :

Règlement :

Le (la) trésorier (e)

Mode de règlement : _____

Date : ____ / ____ / _____

Signature :