



**NOTE DE FRAIS**  
**MEDECIN - KINESITHERAPEUTE**  
**CHAMPIONNATS**

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom de la compétition : \_\_\_\_\_

Fonction :     Médecin                       Kiné

Nom/prénom \_\_\_\_\_

Numéro de compte : \_\_\_\_\_

**Médecin**

		Montant
	Compétition	220,00 €

**Kinésithérapeute**

		Montant
	Compétition	190,00€

**Frais de déplacement (0,25 €/km)**

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

**Matériel (si nécessaire)**

		Montant
Matériel *	* Facture en annexe	.....€

<b>TOTAL</b>	.....€
--------------	--------

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature :