

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS DE TRAITEMENT

ETABLISSEMENT : N° ACTION :

N° DAPEC : N° DOSSIER : N° GROUPE :

INTITULE DE LA FORMATION :

Nom de l'agent parti	Grade	Heures	Taux	Montant
----------------------	-------	--------	------	---------

Montant total €

DATES DE REMPLACEMENT :

IMPUTATION 85 % du 2,1 % AUTRE : (préciser)

ENSEIGNEMENT :

Joindre un titre de recette ainsi qu'une copie des bulletins de salaire de(s) l'agent(s) parti(s)

LE DIRECTEUR, SOUSSIGNE, CERTIFIE QUE :

- être en possession des attestations de présence afférentes à la période indiquée ci-dessus,
- que la formation est dispensée par un prestataire de formation disposant d'un numéro de déclaration d'activité valide avec lequel une convention a été signée,
- que l'agent (ou les agents) ci-dessus a (ou ont) été effectivement remplacé(s).

Fait à : le :

Signature de l'Ordonnateur et Cachet