

SECTION **REMBOURSEMENT FRAIS AUTRES SALARIES ET BENEVOLES**Nom du bénéficiaire :

Date du justificatif	Fournisseur	type *	compte d'affectation *	Montant

Montant total	<input type="text"/>
---------------	----------------------

type * Ticket , Facture
compte d'affectation * Nourriture boisson, matériel...

Signature du président section

Signature du bénéficiaire

Date du règlement	<input type="text"/>
Virement ou chèque n°	<input type="text"/>

Signature du trésorier

Signature du président du COP