

A COMPLETER AU **RETOUR** DE L'AGENT et à transmettre au Service
Administration-Gestion du laboratoire accompagné des pièces justificatives
pour établissement de l'état liquidatif des frais de mission

Parties grisées à compléter par le service

Nom : Prénom : Matricule SIFAC :

Type de mission :	<input type="checkbox"/> Avec frais <input type="checkbox"/> Sans frais
Si mission avec frais :	<input type="checkbox"/> Mission « montant forfaitaire » <input type="checkbox"/> Mission « montant frais réels » (dans la limite des dispositions votées par le CA)

Date ALLER :	Date RETOUR :
Heure réelle du départ de la résidence familiale ou administrative :	Heure réelle du retour à la résidence familiale ou administrative :

MISSIONS EN FRANCE

REPAS :	
<input type="checkbox"/> Repas (forfait 15,25€ selon décret)	Nombre :
<input type="checkbox"/> Repas pris dans un restaurant administratif	Nombre :
<input type="checkbox"/> Repas gratuit(s)	Nombre :
NUITEES :	
<input type="checkbox"/> Montant forfaitaire	
<input type="checkbox"/> Frais réels (dans la limite des dispositions votées par le CA)	

MISSIONS A L'ETRANGER

<input type="checkbox"/> Repas	Nombre :
<input type="checkbox"/> Nuitées	Nombre :
Précisez :	
<input type="checkbox"/> Remboursement aux per diem	
<input type="checkbox"/> Remboursement suivant un forfait inférieur aux per diem : _____	
<input type="checkbox"/> Remboursement aux frais réels inférieurs aux per diem : _____	

Pour les missions à l'étranger veuillez préciser les étapes :

ALLER :					
Départ :			Arrivée :		
Date :	Heure :	Lieu :	Date :	Heure :	Lieu :

RETOUR :					
Départ :			Arrivée :		
Date :	Heure :	Lieu :	Date :	Heure :	Lieu :

FRAIS DE TRANSPORT ET DIVERS A REMBOURSER A L'AGENT

	N° Bon de commande	Montant à l'Agent
Avion		
Train		
Transports en commun		
Autres (Préciser Taxi, péage, parking...) :		
Frais d'Inscription		
Véhicule personnel - Nombre de Km :	Taux :	Total :
Je soussigné(e), auteur du présent état, en certifie l'exactitude à tous égards.	A :	le :
	Signature de l'intéressé(e) :	

Montant total des frais de séjour		A _____, le _____ Nom : _____ Signature de l'autorité responsable : _____
Montant total des frais de transport		
Montant inscription		
TOTAL GENERAL		

Répartition des coûts	Centre financier	Centre de coût	Fonds	Domaine fonctionnel	Convention (eotp)
			NA		