



ORDRE DE MISSION

NOM et Prénom : _____ N° CAPSSA :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonction : _____ Coefficient : _____

Résidence administrative : _____

Unité de travail : _____ Code analytique :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Ordre de mission permanent (dans la fonction indiquée ci-dessus).

☐ Ordre de mission ponctuel pour la période du (dates et heures de début et de fin) : _____

Motif du déplacement : _____

Lieu du déplacement : _____

Au titre de : ☐ la fonction habituelle ☐ la formation

Moyen de transport autorisé :

☐ Voiture

Type : _____

N° d'immatriculation : _____

Nombre de CV _____

☐ Train ☐ 1^{ère} classe

☐ 2^e classe

☐ Avion

Billets pris par la C.R.A.M.C.O.

☐ OUI ☐ NON

☐ Autre (à préciser) : _____

☐ Utilisation du véhicule de service.

☐ Utilisation à titre exceptionnel du véhicule personnel.

Attestation à compléter par le salarié :

Je soussigné(e), déclare faire mon affaire personnelle des dommages qui pourraient survenir à mon propre véhicule à l'occasion des déplacements que je suis amené(e) à effectuer et certifie que ma police d'assurance couvre ces dommages.

x

Le _____

Signature,

Joindre une copie de la carte grise et de la police d'assurance précisant la couverture des risques professionnels pour toute nouvelle autorisation d'utiliser le véhicule personnel.

(1^{ère} autorisation, autorisations ponctuelles, cas de changement de véhicule personnel).

Le Responsable de branche,
Date et signature,

Le Directeur,
Date et signature,

États de frais semaine du _____ au _____

JOUR	DÉPART (Date et heure)	RETOUR (Date et heure)	NOMBRE DE REPAS		NOMBRE DE DÉCOUCHERS		MOTIF ET LIEU DU DÉPLACEMENT	FRAIS DE TRANSPORT ENGAGÉS PAR LE SALARIÉ (*)		NOMBRE DE KILOMÈTRES PARCOURUS	
			Forfait	Justificatif	Forfait	Justificatif		Type	Montant	Véhicule de service	Véhicule personnel
DIMANCHE											
LUNDI											
MARDI											
MERCREDI											
JEUDI											
VENDREDI											
SAMEDI											
		TOTAL :							TOTAL :		

(*) train, avion, péage, essence, métro, R.E.R., parking...

Autres frais engagés (Type montant) : _____

Visa du Chef de service, Date et signature,	Bon à payer Date et signature du Directeur ou de son Délégué,	Je soussigné(e) certifie : <input type="checkbox"/> L'exactitude des informations renseignées sur le présent document, <input type="checkbox"/> Avoir déduit des frais engagés les avantages ou réductions dont j'ai bénéficié à l'occasion de ce déplacement à savoir : _____ <input type="checkbox"/> Avoir bénéficié d'une avance de _____ francs. <input type="checkbox"/> de _____ repas de midi offerts par l'organisme d'accueil. Date et signature du bénéficiaire,
Visa de la comptabilité, Date et signature,		