

## ORDRE DE MISSION

NOM et Prénom :									
	Coefficient :								
Résidence administrative :									
☐ 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 :									
Moyen de transport autorisé :  Voiture  Type :  N° d'immatriculation :  Nombre de CV  Train  1ère classe  2º 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 exeptionnel 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								
Le Responsable de branche, Date et signature,	Le Directeur, Date et signature,								

	É	tats de fi	rais sem	naine du			au			_	
JOUR	DÉPART	RETOUR (Date et heure)	NOMBRE DE REPAS		NOMBRE DE DÉCOUCHERS		MOTIF ET LIEU	FRAIS DE TRANSPORT ENGAGÉS PAR LE SALARIÉ (*)		NOMBRE DE KILOMÈTRES PARCOURUS	
	(Date et heure)		Forfait	Justificatif	Forfait	Justificatif	DU DÉPLACEMENT	Туре	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 Dire			ecteur ou de son Délégataire,		Je soussigné(e) certifie :  L'exactitude des informations renseignées sur le présent document, Avoir déduit des frais engagés les avantages ou réductions dont j'ai bénéficié à l'occasion de ce déplacement à savoir :  Avoir bénéficié d'une avance de francs.						
Visa de la comptabilité, Date et signature,					☐ de						