A apporter le jour de l'Assemblée générale
ou à retourner par mail avant le 31/08/2026 :
contactsecretariatdedirection.blf@cotesnormandes.msa.fr

ASSEMBLEE GENERALE
MSA COTES NORMANDES
18 JUIN 2026

Demande de remboursement des frais de déplacement

Pour tout renseignement concernant l'Assemblée générale, appeler le 02 31 25 39 03 ou le 02 31 25 37 30

COLLEGE : 2 ..... **N° INSEE** .....

NOM ..... **Prénom**..... **Commune**.....

Avez-vous subi une perte de salaire ? (1) OUI ❒ NON ❒ (1) *Cochez la case correspondante*

Si OUI merci de faire compléter l'« Attestation de l'employeur » par votre employeur afin que vous soyez remboursé de votre perte de salaire.

IDENTIFICATION DU VEHICULE PERSONNEL : **(JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DE LA CARTE GRISE)**

N° d'immatriculation ..... Puissance fiscale CV

Distance de votre domicile à **CONDE SUR VIRE** (aller/retour) en kilomètres .....

CHOIX DU TRANSPORT

❶ TRANSPORT PAR AUTOCAR OUI ❒ NON ❒

Ramassage au départ de la ville de : .....

Distance de votre domicile à cette ville ***(aller et retour)*** en kilomètres .....

OU ❷ VEHICULE PERSONNEL **(JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DE LA CARTE GRISE)** OUI ❒ NON ❒

Distance parcourue avec votre véhicule personnel ***(aller et retour)*** en km .....

Si co-voiturage

a) Liste des personnes que vous avez transportées **:**

- M. ..... *collège*..... Point de départ : ....
- M. ..... *collège*..... Point de départ : ....
- M. ..... *collège*..... Point de départ : ....

b) pour les personnes transportées

Préciser le point de départ du co-voiturage : .....

A....., le.....

Signature,

RESERVE AU SERVICE — DIRECTRICE GENERALE — DIRECTRICE COMPTABLE ET FINANCIERE

Saisie comptable : Journal : NDF – Type de Pièce : HON
Compte : 65342
S 1 : 004
S 2 : DIRS0004
S 3 : 0013
S 4 : 653C
S 5 : ZZZ
4672 : ADM : ……..……..

I K : ……...€ > 50 km : ……...€

TOTAL A PAYER : ……€