Saison 2024/2025

Compétition :

Date :

Lieu :

Rôle :

Formateur  Conseiller  Évaluateur arbitre  Évaluateur JA

Demandeur Nom : Prénom :

Adresse :

🕾

Mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indemnités à payer** | **240,00 €** |  |
| *Indemnité journalière* | *120,00 €* |  |
| *Nombre de jours* | *2* |  |
|  | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | | |
| **Montant à payer** | **240,00 €** |  |

Remboursement par virement bancaire. Veuillez remplir les informations nécessaires :

Nom de la banque : Bénéficiaire :

IBAN :

BIC / SWIFT :

Fait le : Signature :