**ORDRE DE MISSION**

**POUR DEPLACEMENT PROFESSIONNEL**

NOM : PRENOM :

RESIDENCE ADMINISTRATIVE :

GRADE :  POLE :

RESIDENCE FAMILIALE :

Doit accomplir un déplacement professionnel

MOTIF :

LIEU :

Précisez le trajet effectué :

DATE :

FRAIS A REMBOURSER (cocher la case correspondante)

🢥 Hébergement : ❑ OUI ❑ NON

Nombre de nuitées prises en charge par l’organisme :

Nombre de nuitées à charge de l’employeur :

🢥 Restauration : ❒ OUI ❑ NON

Nombre de repas pris en charge par l’organisme : 0

Nombre de repas à charge de l’employeur :

🢥 Transport : ❑ OUI ❒ NON

❑ Transport en commun ❑ Véhicule personnel ❒ Véhicule de service

Lieu,

Le

Signature de l’agent :

Le Maire/Président,

**ETAT DES FRAIS DE DEPLACEMENT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* DATE ET HEURE DE DEPART : à | | \* DATE ET HEURE DE RETOUR : à | | | |
| FRAIS DE TRANSPORT | Mode de transport | | | Cadre réservé à la DRH  Ne rien inscrire | |
|  | KM | Puissance Fiscale | TAUX | MONTANT |
| Véhicule particulier  (calculer Kms à partir de  La Chaussée-St-Victor)  Nombre de kms parcourus depuis le 1er janvier |  |  |  |  |
| S.N.C.F. (base tarif 2ème classe)  (joindre justificatifs originaux) | Nombre de billets | |  |  |
| Frais d’autoroute  Frais de métro – RER  Transport en commun  (joindre justificatifs originaux) | Nombre | |  |  |
| FRAIS DE MISSION | Repas  Nuitée  (nuit et petit déjeuner)  Indemnité journalière  (nuit, petit déjeuner, 2 repas)  (joindre justificatifs originaux) | Nombre | |  |  |
| TOTAL |  |

Le soussigné certifie l’exactitude des renseignements portés sur l’état des frais.

L’intéressé(e)

ARRETE LE PRESENT DECOMPTE A LA SOMME DE :

Lieu,

Le

Le Maire/Président,

\* Indiquer obligatoirement dates et heures de départ et de retour, le nombre de km A/R et la puissance fiscale de votre véhicule