Demande de défraiement Date :

Nom Prénom de l'athlète concerné

Nom et prénom de l'Entraineur qui appuie la demande :

Description de la demande-SVP merci de renseigner le tableau ci-dessous

Date	Lieu	Nom de la compétition	Kilomètre Aller Retour	0.30 € du kilomètre	Montant
		Montant pris en charge par le CSL			
		Montant à la charge de l'athlète			

Signature de l'athlète

Signature de l'entraineur

Avis du Comité représenté par Le Président

Date et signature du Président

☐ Accepté

☐ Refusé, motif du refus :