



COMITE HANDBALL
 44, rue Romain Rolland
 BP 90312
 44103 - Nantes cedex 4
 Téléphone : 02 40 46 00 39
 Télécopie : 02 40 46 00 59

REMBOURSEMENT DE FRAIS

NOM de l'arbitre:

PRENOM:

ADRESSE:

Code postal:

Ville:

Signature de l'arbitre:

Date du match: **Lieu:**

Heure: **Partenaire:**

Rencontre:

Division:

Club recevant :

Nom du représentant:

Prénom:

Signature:

Détail des frais d'arbitrage

. km x € = euros

Indemnité de match: euros

Péages *: euros

Total : euros

* Joindre les justificatifs

Somme en lettres:

.

Banque ou CCP : **N° du chèque :**

.

Les signataires déclarent sincères et véritables les informations figurant sur le présent bordereau.

Feuille blanche ⇒ arbitre; feuille jaune ⇒ club; feuille rose ⇒ à retourner au comité par le club recevant.