

Je soussigné (e) :

Adresse (complète):

Email et N° de téléphone:

Date et lieu :

Mission (juge/arbitre, intervenant, ...)

Actions (compétition, formation, ...)

--	--	--

Indemnités

Date (jj/mm/aaaa)	Poste (Pesée, Juge, superviseur, intervenants Scoring Machine)	Coût	Total

MONTANT TOTAL

Imputation (à remplir par la FFKMDA)								2	
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--

Signature du demandeur

Signature du Responsable