



<b>Référence SIFAC Ordre de mission :</b>	
---	--

**1. MISSION**

Nom de l'agent :

Prénom :

OBJET précis de la mission :

**2. DETAIL DES FRAIS**

*A remplir au retour de l'agent*

**🔍 Horaires des trains, avions... (si itinéraire complexe, compléter sur papier libre)**

	LOCALITE	DATES	HEURES
Départ : Résidence administrative			
Arrivée : Lieu de mission			
Départ : Lieu de mission			
Arrivée : Résidence administrative			

**🔍 Frais Divers (joindre les justificatifs originaux des dépenses : billets, tickets, factures ...)**

	Prise en charge par l'UCBL	Rbt à l'agent			Cadre réservé à l'administration
<input type="checkbox"/> Frais de colloque (joindre le programme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
<input type="checkbox"/> SNCF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
<input type="checkbox"/> Abonnement fréquence					
<input type="checkbox"/> Carte famille nombreuse		%			
<input type="checkbox"/> Autre réduction		%			
<input type="checkbox"/> AVION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
<input type="checkbox"/> UTILISATION DE VEHICULE					
<input type="checkbox"/> Location de véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
<input type="checkbox"/> Véhicule personnel (indemnités kilométriques)				KM	
<input type="checkbox"/> TAXI		<input type="checkbox"/>		€	
<input type="checkbox"/> PARKING		<input type="checkbox"/>		€	
<input type="checkbox"/> FRAIS DE PEAGE		<input type="checkbox"/>		€	
<input type="checkbox"/> TRANSPORTS EN COMMUN		<input type="checkbox"/>		€	
<input type="checkbox"/> AUTRES :				€	

**🔍 Frais de séjour**

Justifier de l'effectivité de la dépense dans les conditions ci-après.

✓ **Restauration :** "Je certifie avoir engagé des frais de restauration dans les conditions suivantes" :

<b>Nombre de repas pris</b>	
<b>Dont</b> nombre de repas pris dans un restaurant administratif ou assimilé	
<b>Dont</b> nombre de repas gratuits	

✓ <b>Hébergement :</b>	Nombre de nuits	
	Montant total	

**Je certifie ne pas bénéficier d'une prise en charge extérieure pour les frais dont je demande le remboursement.**

RIB joint     RIB déjà fourni

A Villeurbanne, le

**Certifié exact, l'agent en mission**

*Signature*