

DEMANDE D'INDEMNISATION DES FRAIS DE DEPLACEMENTS
ET INDEMNITES DE STAGE ALLOUES PAR LA REGION HAUTS-DE-FRANCE
 *DOCUMENT A RENDRE AU PLUS TARD 7 JOURS APRES LA REPRISE DES COURS

NOM : _____ PRENOM : _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____ ANNEE : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème}

STAGE DU ___ / ___ / ___ AU ___ / ___ / ___

RESIDENCE PERSONNELLE _____

CP : _____ VILLE : _____

RESIDENCE ADMINISTRATIVE : Lycée Valentine Labbé – 41 rue Paul Doumer -- 59110 LA MADELEINE

☎ PORTABLE ___ / ___ / ___ / ___ / ___ MAIL : _____

LIEU DE STAGE (adresse **complète**) : _____

CP : _____ VILLE : _____

Partie à compléter par l'étudiant :

- MOYEN DE TRANSPORT : Transport en commun Covoiturage 2 roues > 125 cm3
 Véhicule personnel, Marque du véhicule : _____ Vélomoteur
 Immatriculation : _____
 Je ne souhaite pas être remboursé de mes frais de déplacement pour cette période de stage

Je soussigné(e) _____, auteur de la présente demande, certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent document et demande le remboursement correspondant à mes frais de déplacements et indemnités de stage
Les étudiants salariés dont la formation est prise en charge par un employeur ou OPCA ne sont pas éligibles au dispositif régional
Toute fausse déclaration pourra donner lieu au remboursement des sommes indûment perçues

Fait à la Madeleine, le _____ Signature de l'intéressé(e) :

Partie réservée à l'Institut :

Indemnisation frais de déplacements

VOITURE	
Distance AR domicile- stage km
Distance AR résidence adm. - stage km
Nombre d'A/R :	
Coût total distance la plus courte : €

TRANSPORT EN COMMUN	
Montant abonnement : €
Nombre de jours de stage :	
Coût total : coût x nb de jours stage / nombre jours de l'abonnement €

Indemnisation stages

Nombre d'heures de présence totales effectuées H
équivalence nb de semaines semaines
Coût total €

Année de formation	Nombre de semaines de stage	Indemnités hebdomadaires
1 ^{ère} année	15	28€
2 ^{ème} année	20	38€
3 ^{ème} année	25	50€

Signature du Proviseur, Véifié et reconnu exact	Cachet de l'Institut et signature du Responsable de stage :
--	--

Semaine		Nombre Aller-Retour	Nbre Heures de Présence	Nbre Heures d'absence	Observations
1 ^{ère} Semaine :	Du __/__/20__				
2 ^{ème} Semaine :	Du __/__/20__				
3 ^{ème} Semaine :	Du __/__/20__				
4 ^{ème} Semaine :	Du __/__/20__				
5 ^{ème} Semaine :	Du __/__/20__				
6 ^{ème} Semaine :	Du __/__/20__				
7 ^{ème} Semaine :	Du __/__/20__				
8 ^{ème} Semaine :	Du __/__/20__				
9 ^{ème} Semaine :	Du __/__/20__				
10 ^{ème} Semaine :	Du __/__/20__				
Total					



NOTICE EXPLICATIVE

- Etablir une demande d'indemnisation pour chaque période de stage

La demande doit **IMPERATIVEMENT** être **COMPLETEE**, **SIGNEE** et transmise avec les pièces justificatives **au plus tard 7 jours après le stage** auprès du responsable de stage à l'IFSI.

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE :

- **A l'inscription :**
 - **Fiche RIB**
 - Permis de conduire
 - Titres de transport (+ carte si abonnement)
 - Autorisation d'utilisation du véhicule personnel
 - Copie de la carte grise et du permis de conduire
 - Copie de l'attestation d'assurance en cours de validité
- **Pour les stages suivants :**
 - Titres de transport (+ carte si abonnement)
 - Copie de l'attestation d'assurance (si changement de date)