

DEMANDE D'INDEMNITÉ KILOMÉTRIQUE

Année scolaire 2017 / 2018



PARENT - TUTEUR - REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM, PRÉNOM :

ADRESSE COMPLÈTE:

TÉLÉPHONE : PORTABLE : MAIL :

ÉLÈVE

NOM, PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ :

CLASSE : DEMI-PENSIONNAIRE / EXTERNE

EMPLOI DU TEMPS

4 JOURS PAR SEMAINE

5 JOURS PAR SEMAINE

6 JOURS PAR SEMAINE

AUTRES (À PRÉCISER).....

DESCRIPTION DU TRAJET EFFECTUÉ PAR LA FAMILLE

POINT DE DÉPART :

ITINÉRAIRE EMPRUNTÉ :

POINT D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT OU LIEU DE RAMASSAGE) :

KILOMÉTRAGE (ALLER SIMPLE) :

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

VISA DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE