



N° CI22-3232-.....

ETAT DES SOMMES DUES A

Mr / Mme.....

au titre de la prise en charge financière des frais de validation des acquis de l'expérience

Réf : Arrêté n° 2019-681/GNC du 26 mars 2019

Lieu d'examen :

Lieu de résidence :

Jour et heure du début d'examen :

Jour et heure de fin d'examen :

Jour et heure de départ du domicile :

Jour et heure d'arrivée au domicile :

Itinéraire parcouru :

Joindre un RIB, la convocation au jury VAE et les pièces justificatives**MOYEN DE TRANSPORT**
 Véhicule personnel (**joindre une photocopie de la carte grise, de l'attestation d'assurance à votre nom et une photocopie du permis de conduire**)

 Transport en commun / train (**joindre les justificatifs de déplacements : originaux des billets ou souches**)

 Avion international (**joindre les justificatifs de déplacements : facture acquittée, cartes d'embarquement...**)
Décompte des frais de transport :

En cas d'utilisation du véhicule personnel :

 Puissance du véhicule : _____ CV

 Véhicule à deux roues _____

 Kilomètres à _____ F.CFP/km = F.CFP
Frais de transport en commun / train = F.CFPEn cas de remboursement du billet d'avion international A/R = F.CFP**SOUS TOTAL 1 =** **F.CFP****FRAIS DE SEJOUR**Hébergement : fourni non fourniRepas : fourni non fourni**Décompte des frais de séjour :**
 repas du midi à 2 100 F.CFP = F.CFP

 repas du soir à 3 150 F.CFP = F.CFP

 découchés à 9 500 F.CFP = F.CFP
SOUS TOTAL 2 = **F.CFP**

TOTAL DES SOUS TOTAUX 1 + 2 =		F.CFP
--------------------------------------	--	--------------

Arrête le montant du présent état des sommes dues à la somme de (montant en lettres) :

Je soussigné(e).....sollicite le remboursement de mes frais VAE.

Date :

Signature de l'intéressé (e) :

CADRE RESERVE DFPC

Validation

N° tiers SURFI :

Certifié le :

RIB :

Nom :

LC =

Signature :

Chapitre - sous chapitre – article