**DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

A renvoyer à l’adresse suivante :

**Institut Télémaque – Aide financière   
Chez Schneider Electric**

**35 Rue Joseph Monier  
92500 Rueil Malmaison**

Pour faciliter la prise en charge de vos remboursements, nous vous prions de bien vouloir respecter **les dates d'envoi** :

* **Du 04/12/17 au 23/12/17**:

1er trimestre

* **Du 26/03/18 au 15/04/18:**

2ème trimestre

* **Du 09/07/18 au 29/07/18:**

3ème trimestre

**Attestation sur l’honneur**

**(Partie à remplir et signer par la personne à payer)**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ est le (la) bénéficiaire de ces dépenses effectuées par dans le cadre de nos activités Télémaque.

Fait le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature

**Elève Télémaque**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etablissement (nom et ville) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personne à rembourser**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tuteur/Référent/Autre (préciser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse postale (pour envoi du chèque) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Montant total à rembourser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Réservé à Institut Télémaque**

🞏 Bourse annuelle 🞏 Demande exceptionnelle

|  |  |
| --- | --- |
| Somme déjà dépensée |  |
| Somme à payer ou rembourser |  |
| Solde après remboursement |  |

**Récapitulatif des dépenses**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Numéro | Date | Nature de la dépense | Commentaire | Montant TTC |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
|  |  | *Choisissez un élément.* |  |  |
| TOTAL | | | |  |

**SEULS LES FACTURES ET TICKETS DE CAISSE (originaux) SONT ACCEPTES COMME JUSTIFICATIFS DE PAIEMENT !**

**Pièces à joindre à cette demande de remboursement :**

* Justificatifs de paiement (originaux)
* Attestation sur l’honneur remplie et signée par le payeur