L'École à l'Hôpital et à Domicile
24 place de la Liberté
59100 - ROUBAIX

(année)

ABANDON DE REMBOURSEMENT des FRAIS DE DÉPLACEMENTS effectués en

Je soussigné(e),
(nom et prénom du Bénévole)

demeurant

Code Postal Ville

certifie sur l'honneur avoir effectué les déplacements suivants dans le cadre de mon activité bénévole au sein de l'Association "L'École à l'Hôpital et à Domicile"

avec mon véhicule personnel immatriculé

Date	de	à	motif	distance A/R

reproduire manuscritement ci-dessous la phrase suivante :

J'atteste de la réalité et de la sincérité des éléments ci-dessus, je renonce expressément au remboursement des frais relatifs à ces déplacements et j'en fais don à l'Association.

Date

Signature