

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

(adresse \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur que les dépenses listées ci-dessous dont je sollicite le remboursement par chèque

ou par virement au compte \_\_\_\_\_

ont été effectuées par moi dans le cadre et pour les besoins exclusifs des activités de l'association  
**L'École à l'Hôpital et à Domicile - Roubaix** dont je suis membre bénévole.

Fait à \_\_\_\_\_ Signature

le \_\_\_\_\_

Date	Dépense effectuée (justificatif joint)	Montant
<i>Total :</i>		