

Fiche de demande de remboursement

CINEMA

SUR PRESENTATION D'UN JUSTIFICATIF D'UNE FACTURE OU DU TICKET DE CAISSE

Pour 6 mois janvier/juin et ou juillet/décembre

Nom

.....Prénom.....

Adresse personnelle

.....C.P.....



.....

Etablissement : 

CDI

Année embauche.....

CDD

Date Début..... Fin.....

Mois	Prix place	Nombre de places	TOTAL	Réservé CSE

Fait à :

Le

SIGNATURE

**A joindre obligatoirement avec toute demande plus une enveloppe timbrée à votre adresse
les billets seuls ne suffisent pas ni les tickets de carte bancaire**