



F-088/2

NOTE DE FRAIS**Accident du travail – Maladies professionnelles**

Frais de déplacement mensuel

MOIS	ANNÉE

Concerne :	un accident du travail	Date :	
	une maladie professionnelle	Numéro :	

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

NOM :		Prénom :	
Nr d'identification :			
Nr de registre national :			
Nr de téléphone :			
Adresse mail :			

1. FRAIS DE DÉPLACEMENT

Date jj/mm/aaaa	Itinéraire détaillé			Moyen de transport	
	Adresse de départ détaillée	Adresse d'arrivée détaillée	Aller/Retour	Privé/Taxi	En commun
			aller retour		
Calculé par :				TOTAL	
Date :					

2. FRAIS DE DÉPLACEMENT *(cadre réservé à DGR/DRP-PMS)***3. NOMBRE DE PIÈCE(S) JUSTIFICATIVES JOINTE(S) À CETTE NOTE DE FRAIS CONCERNANT LES FRAIS DE DÉPLACEMENT ET NUITÉE :**

Tickets de train, tram, bus:	
Convocation:	
Autre:	

DÉCLARATION DU DEMANDEUR *(si nécessaire afin d'éclaircir une situation)***4. DEMANDEUR** *(après avoir complété, daté et signé le formulaire envoyé à DGR/DRP-PMS)*

Certifié sincère et complet	Date :	Signature :
-----------------------------	--------	-------------

Après comparaison avec le dossier, DGR/DRP-PMS (service médical) date et signe :**« BON A PAYER »**

Nom Prénom :	Fonction :
Date :	Signature :

PROCEDURE – POLICE FEDERALE – DGR/DRP-PMS *(service medical)*