

**A établir
sur papier à en-tête
de l'entreprise**

MODELE

ATTESTATION DE VERSEMENT DES INDEMNITES DE GRANDS DEPLACEMENTS POUR LES FORMATIONS QUALIFIANTES

*A établir obligatoirement pour obtenir le remboursement
des indemnités de grands déplacements*

Je soussigné(e), M (Nom et prénom du chef d'entreprise)

En qualité de : (fonction)

Atteste que :

- La distance entre le domicile du (de la) salarié(e) et le lieu de la formation est supérieure à 50 kilomètres (à l'aller)

- M (Nom et prénom du (de la) salarié(e))
est domicilié(e) à :

Adresse

Code Postal – Ville

Raison Sociale du prestataire de formation

Adresse

Code Postal – Ville

Fait à

Le

Cachet et signature de l'entreprise

RAPPEL :

Conserver tous les justificatifs de ces frais en cas de contrôle de l'Administration fiscale ou des Services de CONSTRUCTYS