|  |
| --- |
| **ANNEXE 7 : FRAIS DE PERSONNEL****Avec frais de déplacement kilométriques** |

**Convention ODEADOM n° 2025-00\*\*/\***

Agent pris en charge :

Sa fonction :

Cylindrée du véhicule :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Mois*** | Salaire | ***Charges sociales*** | ***Nbre KM******parcourus*** | ***Montant kilométrique******demandé*** | ***TOTAL*** |
| ***Janvier*** |  |  |  |  |  |
| ***Février*** |  |  |  |  |  |
| ***Mars*** |  |  |  |  |  |
| ***Avril*** |  |  |  |  |  |
| ***Mai*** |  |  |  |  |  |
| ***Juin*** |  |  |  |  |  |
| ***Juillet*** |  |  |  |  |  |
| ***Août*** |  |  |  |  |  |
| ***Septembre*** |  |  |  |  |  |
| ***Octobre*** |  |  |  |  |  |
| ***Novembre*** |  |  |  |  |  |
| ***Décembre*** |  |  |  |  |  |
| ***TOTAL*** |  |  |  |  |  |

[ ] ***Je m’engage à ne bénéficier d’aucune autre aide publique participant au financement de ce poste***

 *Certifié exact à ........................., le..................*

 Le représentant légal de la Structure \*,

*\* le nom et la qualité du signataire ainsi que le cachet de la structure doivent être apposé*