## DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR LA PARTICIPATION DE :

##

## M - M(me) à\* :

* + - Commission Paritaire Permanente de négociation et d’interprétation (CPPNI)
		- Commission Paritaire Nationale de Suivi du régime de Prévoyance
		- Commission Paritaire Nationale de Suivi du régime de Complémentaire santé
		- Commission Paritaire Nationale de Suivi, de Conciliation et d’Interprétation
		- Commission Paritaire Nationale de l’Emploi et de la Formation Professionnelle (CPNEFP)
		- Journée ou demi-journée de préparation des commissions
		- Groupe de travail paritaire

### Date :

### Lieu :

### Au titre de l’Organisation Syndicale/Union Employeur :

*(\*) Cochez la case correspondante*

Document à transmettre à l’AGFAP signé, tamponné et accompagné des pièces justificatives originales, d’un bulletin de salaire du mois correspondant et d’un RIB.

Les remboursements seront effectués dans la limite des plafonds ci-dessous.

#### FRAIS DE DÉPLACEMENTS

* Aller - Retour train/avion 2ème classe

##### Métro

#####  Indemnités kilométriques (article V-14.3 de la CCB[[1]](#footnote-1))

##### Autres (parking, péage)

#####  **TOTAL A**

#### FRAIS D’HÉBERGEMENT

Plafond 1 nuit (hors Paris) = 20 fois le minimum horaire garanti[[2]](#footnote-2), soit 71,40 €

##### Nombre de nuits ………..x 71,40 € **TOTAL B**

Plafond 1 nuit (Paris) = 30 fois le minimum horaire garanti2, soit 107,10 €.

* Nombre de nuits ………..x 107,10 € **TOTAL B**

#### FRAIS DE REPAS

Plafond 1 repas = 6 fois le minimum horaire garanti par repas [[3]](#footnote-3)2

Plafond 1 repas = 21,42€

* Nombre de repas ………..x 21,42 € **TOTAL C**

 **TOTAL I (A+B+C)**

###### SIGNATURE

ASSOCIATION FEDERATION

**ADRESSE**

#### COMPENSATION DE SALAIRE :

#### Se calcule de la manière suivante : Salaire brut mensuel (coefficient x valeur du point) hors primes et autres suppléments + Charges patronales figurant sur le bulletin.

Fonction du salarié :

Total du nombre d’heures à rembourser (à détailler ci-dessous) :

* Préparation à la réunion :……………………………Date de la préparation :....…….....
* Transport :…………………………………………………….

*(Prise en charge = le temps de transport excédant la durée normale de trajet domicile-siège social de la structure fait l’objet d’une contrepartie :*

* *De 50 à 1200 kms aller-retour entre le siège et le lieu de la réunion : attribution d’une demi-journée de repos assimilée à du temps de travail effectif et rémunéré comme tel*
* *Pour un trajet au-delà de 1200 kms aller-retour entre le siège et le lieu de la réunion : attribution d’une journée de repos assimilée à du temps de travail effectif et rémunéré comme tel).*
* Temps de réunion :……………………………………………

Total à rembourser : heures x …………….. €

TOTAL II

**A REMBOURSER A L’ASSOCIATION**

TOTAL I & TOTAL II

###### SIGNATURE DU DIRECTEUR

###### Cachet de l’association

**Personne à contacter pour d’éventuels renseignements sur cette demande :**

**Nom : ………………………… N° de Tél : ……………………Email :………………………….**

1. 0,35€/km [↑](#footnote-ref-1)
2. 3,57 € au 01/01/2018 [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)