ARIEGE ASSISTANCE	FICHE ACCOMPAGNEMENT TRANSPORT SOLIDAIRE	Code : F/TS/FicAcc-1 Maj : 04/12/2024

USAGER

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____

INTERVENANT

NOM : _____ Prénom : _____

ACCOMPAGNEMENT

MOIS : _____ Date : _____

Heure de début de l'accompagnement : _____

Heure de fin de l'accompagnement : _____

Motif du déplacement : _____

_____

Nombre d'heures réalisées : _____ heures

Distance parcourue : _____ **KMS** à **0,45€/km**

Signature de l'usager,	*Signature intervenant,*

ARIEGE ASSISTANCE	FICHE ACCOMPAGNEMENT TRANSPORT SOLIDAIRE	Code : F/TS/FicAcc-1 Maj : 04/12/2024

USAGER

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____

INTERVENANT

NOM : _____ Prénom : _____

ACCOMPAGNEMENT

MOIS : _____ Date : _____

Heure de début de l'accompagnement : _____

Heure de fin de l'accompagnement : _____

Motif du déplacement : _____

_____

Nombre d'heures réalisées : _____ heures

Distance parcourue : _____ **KMS** à **0,45€/km**

Signature de l'usager,	*Signature intervenant,*