



IMPRIME A RETOURNER

**ORDRES DE MISSION PERMANENTS
ETAT RECAPITULATIF**

Service :

Mois de :

Nom et Prénom :

Date Sortie	Motifs	Lieu de déplacement	Nombre de kms accomplis Aller/Retour (si véhicule perso)	Véhicule		Nombre de repas	Héberge ment : Nombre de nuits
				C.H.U	perso		

Fait à Angers, le
Signature de l'agent :

Pour la Directrice Générale et par délégation,
Clément TRIBALLEAU

Le Directeur du Pôle Politique Sociale

NOM PRENOM
SIGNATURE

Le responsable de service :
(Nom et signature)

