



**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)

