Demande d'indemnisation*
des frais de transport et des indemnités de stages
alloués par la Région Hauts-de-France

Région Hauts-de-France

Document à rendre au plus tard …….. après la reprise des cours

Date de demande :	… / … / 20 …

Promotion professionnelle : ❑ **Oui** ❑ **Non**

NOM :	**Nom de Jeune Fille :**	**Prénom :**
Promotion : **20….. / 20…..**	**Stage du :** … / … / 20 …	**au** … / … / 20 …
Ville du lieu de stage :	**Ville de résidence de l'étudiant durant le stage :**	
Formation : Infirmier		**Semestre concerné :**
Lieu de stage :		**Département :**

En cas d'absence indiquer un "A"

Semaine		**Nombre Aller-Retour**	**Heures de Présence**	**Heures d'absence**	**Observations**
Semaine N°:	**du**				
Semaine N°:	**du**				
Semaine N°:	**du**				
Semaine N°:	**du**				
Semaine N°:	**du**				
Semaine N°:	**du**				
Semaine N°:	**du**				
Semaine N°:	**du**				
Semaine N°:	**du**				
Semaine N°:	**du**				
Total					

Mode de transport utilisé : ❑ Transports en commun ❑ 2 roues > 125 cm3 ❑ Vélomoteur

❑ Automobile : ❑ 5 CV et moins ❑ 6 et 7 CV ❑ 8 CV et plus ❑ Recours Chauffeur Tiers ❑ Covoiturage en tant que chauffeur ❑ Covoiturage en tant que passager

Fait à …….. ,le .. / .. / 20..

Signature du Stagiaire :	**Nom et signature du Responsable de Stage :**	**Cachet du service :**

Cadre réservé à l'instruction par l'Institut

Indemnisation frais de déplacements

Coût d'un A/R hors transport en commun :	…….. €
Coût d'un A/R Transport en commun :	…….. €
Distance prise en compte :	…….. Km
Coût d'un A/R :	…….. €
Nombe d'A/R :	……..
Coût total :	…….. €

Indemnisation stages

Nombre d'heures de présence totales effectuées	……..
Indemnités par heure selon l'année de formation	…….. €
Coût total	…….. €

Année de formation	**Indemnités hebdomadaires**

Signature Directeur	**Cachet de l'Institut**

Les étudiants salariés dont la formation est prise en charge par un employeur ou OPCA ne sont pas éligibles au dispositif régional

Toute fausse déclaration pourra donner lieu au remboursement des sommes indûment perçues.