

Rapport des prestations des chauffeurs

Mois de : _____

Transports de personnes

Nom & Prénom Chauffeur: _____

| Nom & Prénom du bénéficiaire | Date | Jour (lu,ma, etc) | Motif (course, visite, etc. | Destination | Temps consacré à la course | Nbre de km parcourus | Indem. due par le bénéficiaire | Indemnité encaissée par chauffeur | Indemnité à rembourser par GS |
|---|------|-------------------|-----------------------------|-------------|----------------------------|----------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| TOTAL qui sera remboursé par Gibloux Solidaire | | | | | | | | | - |