MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT FONDAMENTAL

Reçu frais de transports enseignants

EFACAP de :

Mois de : Nombre de séances :

Nom et Prenom(s)	Ecole	Classe	Montant	Date:	Date:	Date:	Date:	TOTAL
				Signature	Sgnature	Signature	Signature	