

**Demande de remboursement pour la participation
à un jury de Capacité Equestre Professionnelle**

Identification du juge

Nom : Prénom

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Mail :

Organisation représentée : *salarié - employeur* Nom de l'organisation :

Désignation de la CEP

Région : Date :

Type de CEP évaluée(s) : CEP 1 CEP 2 EQ CEP 2 TE CEP 3 EQ CEP 3 TE

Centre de certification :

Indemnités d'absence de l'entreprise

Forfait demi-journée d'absence de l'entreprise 50 € : €

OU

Forfait journée d'absence de l'entreprise 80 € : €

Versement de l'indemnité d'absence : à l'entreprise au représentant

Total : €

Coordonnées de l'employeur - en cas de versement de l'indemnité à l'entreprise

Raison sociale :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

J'atteste de l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus et
j'atteste ne pas bénéficier d'un remboursement d'un autre organisme.

Date et signature

Merci de joindre, à cette demande de remboursement, **une enveloppe** sur laquelle vous aurez écrit votre nom et adresse.

Les demandes de remboursement des frais doivent être envoyées à la CPNE-EE dans un **délai de 2 mois maximum** après la réalisation de l'action, sans quoi les remboursements ne pourront être honorés.