**Action de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire – Indemnisation des frais de déplacement des intervenants amenés à sensibiliser et le cas échéant dépister les enfants dans des écoles situées en zones très-sous- dotées**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom prénom de l’intervenant** |  |
| **Qualification professionnelle de l’intervenant** | □ Chirurgien-dentiste  □ Autre qualification professionnelle (à préciser) : ……………………………... |
| **Action réalisée en milieu scolaire** | □ séance de sensibilisation à l’hygiène bucco-dentaire  □ séance de sensibilisation et de dépistage bucco-dentaire |
| **Indiquer le lieu de départ (adresse personnelle)** | Adresse : |
| **Indiquer le lieu d’arrivée (Nom et adresse de l’établissement scolaire - lieu de l’intervention qui doit être en zone très sous dotée)** | Nom et Adresse : |
| **Date, durée, heure de début de l’intervention** | Date :  Durée (en heures) :  Heure de début de l’intervention : |
| **Pavé à remplir (si utilisation d’un véhicule personnel)** | |
| **Puissance administrative du véhicule utilisé** | □ 3 CV et moins  □ 4 CV  □ 5 CV  □ 6 CV  □ 7 CV et plus |
| **Nombre de km parcourus (Aller + retour)** | …………… km |
| **Pavé à remplir (si utilisation d’un transport en commun)** | |
| **Prix du billet ou des billets réglés (Aller/retour)** | …………….. € (fournir justificatifs de dépenses) |
| **Mode de transport commun utilisé** | □ Train  □ Bus  □ Tramway  □ Car  □ Métro/RER |
| **Montant total demandé** | **………………………………… €** |
| **Montant validé par la caisse** | **……………………………………. €** |

J’atteste sur l’honneur de l’exactitude des renseignements portés ci-dessus

Fait à Signature de l’intervenant

Le

*Document à retourner à l’issue de la mission au mail suivant :*