**DEMANDE DU VEHICULE DU CSAD**

**TRAFIC COMBI 9 PLACES**

1. **RESPONSABLE DE LA MISSION**

Nom et Prénom :

N° licence FCSAD :

1. **IDENTITE DU OU DES CONDUCTEUR(S)**

Nom et Prénom :

N° licence FCSAD :

*(Joindre la photocopie du permis de conduire)*

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MISSION**

Nature de la mission :

Destination :

Date et heure de départ :

Date et heure de retour :

Date et heure de réintégration (plein effectué) :

Kilométrage envisagé (aller et retour) :

Nombre de voyageurs (y compris le conducteur) :

1. **REGLEMENT EN VIGUEUR**

⚫ Le demandeur est responsable de la perception et de la réintégration du véhicule

⚫ Le véhicule devra être réintégré en bon état (plein effectué, état de propreté)

⚫ Les frais liés au déplacement (carburant, autoroute, parking etc…) seront imputés sur le compte de la section concernée.

⚫ A l’issue de la mission, remise au secrétariat du CSAD du formulaire perception/réintégration, des clefs et des documents de bord du véhicule.

⚫ Renseigner les anomalies détectées durant la mission.

DATE ET SIGNATURE