

REMBOURSEMENTS ARBITRAGE

SPORT : _____

NOM : _____ PRENOM : _____ N° Licence FFSU : _____

ADRESSE : _____

E-MAIL : _____ TELEPHONE : _____

DATE	Poste Occupé **	NIVEAU *	M/F	EQUIPE 1	EQUIPE 2	MONTANT
TOTAL						

Je déclare sur l'honneur, que le montant total des sommes et indemnités perçues pour mon activité de juge / jury / arbitre depuis le 1^{er} janvier 2024 est inférieur au montant de la franchise prévue par la loi n° 2006-1294 du 23 octobre 2006 (14,5% du plafond de la sécurité sociale soit 6 723 € en 2024).

J'atteste également que les sommes perçues, ci-dessus, n'entraîneront pas le dépassement de la franchise susvisée.

Signature :

* AC : niveau académique – IL: Inter-ligues – CF : phases nationales championnats de France

** Poste occupé : Arbitre central, Touche, Marque ... (pour les sports concernés)

Payé par CB N° _____

Le _____

Virement