

**FACULTE DE MEDECINE DE LIMOGES  
DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE**

***STAGE AMBULATOIRE EN SOINS PRIMAIRES  
AUTONOME SUPERVISE (SASPAS)***

**Fiche de remboursement des frais de déplacement**

Stagiaire :

Nom..... Prénom.....

Stage du .....au.....

Service de médecine générale ambulatoire : médecin coordonnateur.....

Maître de stage :

Docteur .....

Remboursement des frais du ..... au.....

Somme totale réglée par chèque .....

Fait à .....le .....en deux exemplaires.

Le maître de stage

le stagiaire