#### Demande de contribution financière aux frais de déplacement

#### À remplir par les étudiant·es en DOCTORAT le plus tôt possible avant le départ.

A envoyer à la direction de l’ED 484-3LA : p.meunier@univ-lyon2.fr

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM :** |  | **Prénom** |  |
| **Adresse personnelle :** |  | **TEL :** |  |
| **ED :** |  | **Laboratoire :** |  |

**Objet de la mission** :

**Lieu de la mission** : Pays : Ville :

**Dates de la mission** : Départ : Arrivée :

# Montant de la demande de prise en charge

# (Prendre l'information auprès d'agences de voyage, d'hôtels, de l'organisateur du colloque ou séminaire) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Frais de** | **Mode** | **Prix** |
| Transport | [ ] Voiture personnelle[ ] Train[ ] Avion | €€€ |
| Nuitées :Si frais avancé par l’étudiant.e : 70€(France, si réservé par le laboratoire: Paris : 150€Villes chef-lieux des Académies et Métropole du Grand Paris : 120€Autres villes : 90€  | [ ] Hôtel[ ] Résidence Universitaire | €€ |
| Repas, sur présentation factures : Totalité de territoire métropolitain : 20€ | [ ] Restaurant[ ]  Restaurant administratif | €€ |
| Inscription colloque | [ ] Oui[ ] Non | €€ |
| Autres (préciser) : |  | € |
| TOTAL | **€** |

**Date de la demande :**

**Nom du laboratoire :**

**Nom du / de la Directeur/trice de Laboratoire :**

**€**

**Signature Directeur/trice du laboratoire :** Montant accordé par le laboratoire :

**Nom de l’Ecole Doctorale :**

**€**

**Décision Directeur/trice de l'ED : [ ]** Accord pour une prise en charge à hauteur de :

[ ]  Prise en charge non accordée

**Motif :**

**Nom du / de la Directeur/trice de l’ED :**

**Signature Directeur/trice de l'ED:**