



Bénéficiaire (obligatoire)

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

No. Sécurité Sociale : _____

Nom de la Banque : _____

IBAN : _____ BIC : _____

Événement (obligatoire)

Événement : _____

Organisateur : _____ Fonction : _____
(Lors de l'événement)

Nom Arbitre : _____ Nom Valideur : _____
(Si Formation, Monitoring, Test)

Date(s) : _____ au _____ Lieu : _____

Barème (adopté en Assemblée Générale de la FFSG le 23/06/2018)

Libellé	Montant	Unité	Plafond / Conditions
Sessions de Tests / Médailles	2,50 €	par demi heure	Plafond 40,00€ / jour
Événement Régional / National	2,50 €	par demi heure	Plafond 40,00€ / jour
Monitoring / Contrôle	5,00 €	par demi heure	Plafond 80,00€ / jour
Championnats de France	5,00 €	par demi heure	Plafond 80,00€ / jour
Masters / Championnats Elites	7,50 €	par demi heure	Plafond 120,00€ / jour
Forfait Arbitre	20,00 €	par événement	20,00€ / Pour tout événement
Forfait Contrôleur	10,00 €	par événement éligible*	10,00€ / *Évènement National - Championnats de France - Masters & Elites
Formation Régionale / Nationale	50,00 €	par formation	50,00€ 1er jour + 50,00€ / jour supplémentaire
Formation Fédérale / INFMG	200,00 €	par formation	200,00€ 1er Jour + 100,00€ / jour supplémentaire

Indemnités journalières / forfaitaires :

JJ / MM / AAAA	Barème en Euro	Quantité	Sous-total
LUNDI	€ x (demi-heures)	=	€
MARDI	€ x (demi-heures)	=	€
MERCREDI	€ x (demi-heures)	=	€
JEUDI	€ x (demi-heures)	=	€
VENDREDI	€ x (demi-heures)	=	€
SAMEDI	€ x (demi-heures)	=	€
DIMANCHE	€ x (demi-heures)	=	€
FORFAIT ARBITRE	€ x (1 maxi)	=	€
FORFAIT CONTRÔLEUR (voir conditions)	€ x (1 maxi)	=	€
FORMATION REGIONALE / NATIONALE	€ Forfait Jour 1	=	€
FORMATION REGIONALE / NATIONALE	€ x (jour supp.)	=	€
FORMATION FEDERALE / INFMG	€ Forfait Jour 1	=	€
FORMATION FEDERALE / INFMG	€ x (jour supp.)	=	€
TOTAL			€

IMPORTANT!

DOCUMENT A CONSERVER 3 ANS

DÉCLARATION DE PERCEPTION OU DE RENONCIATION À FAIRE SUR AGORA

1 exemplaire à remettre et à conserver par

L'ORGANISATEUR
LE BÉNÉFICIAIRE

Signature et Contrôle (obligatoire)

Date : _____ Signature du bénéficiaire : _____ **RENONCIATION* (cocher la case)**

En cas de perception : "J'atteste que les sommes perçues à l'occasion de mon activité d'officiel d'arbitrage pour les activités ci-dessus n'entraîneront pas le dépassement de la franchise prévue par la loi n°2006-1294 du 23 Octobre 2006 (14,5% du plafond de la sécurité sociale sur l'année civile en cours)."

*En cas de renonciation : "Je déclare renoncer au versement de ces indemnités, et les laisser à l'association en tant que don"

Note : Les dons aux associations peuvent, sous certaines conditions, ouvrir droit à une réduction d'impôt sur le revenu (Cf. Article 200 du code général des impôts (CGI) / Reçu Cerfa N° 11580*03).

SIGNATURE Arbitre ou Valideur :	SIGNATURE & CACHET Organisateur :
------------------------------------	--------------------------------------