AKANY AVOKO AMBOHIDRATRIMO
BP 29 - AMBOHIDRATRIMO

ETAT DE DEPENSE: .....

Date: .....

Mission: .....

Nom du demandeur: [redacted] .....

Lieu: .....

NOM ET PRENOMS	FONCTION	NATURE	MONTANT	SIGNATURE
[redacted]	Beneficiaire	Ecolage. mois de Mars	25 000Ar	
		TOTAL	25 000Ar	

Total (en lettre): .....

.....

Demandeur:

Direction:

Responsable Financier: