

ORDRE DE MISSION (document 1)

A remplir impérativement et à retourner au CIERA par le missionnaire **10 jours avant le départ**

☐ avec frais* ☐ sans frais

☐ M. ☐ Mme	Nom :	Prénom :
Qualité :	☐ Etudiant-e/doctorant-e ☐ Chercheur-e ☐ Autre :	
Adresse personnelle :		
Adresse électronique :		
Téléphone :		
Etablissement universitaire de rattachement :		
Adresse de l'université :		
Établissement employeur (le cas échéant) :		
Adresse professionnelle :		
Date de départ du lieu de résidence ou de travail :		
Date de retour au lieu de résidence ou de travail :		

PARTIE RESERVÉE AU CIERA

Motif de la mission :

Date : du au

Ville : Pays :

Statut Intervenant-e ☐ Participant-e ☐ Organisateur-rice ☐

Signature du directeur :

Date :

* Si vous souhaitez vous faire rembourser des frais de déplacement par le CIERA cochez cette case et joignez votre RIB, sinon merci de cocher la case "sans frais"