



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## ANNEXE

Je soussigné(e) :

.....  
.....

**NOM ou raison sociale, adresse, téléphone de l'employeur :**

.....  
.....  
.....

atteste que Monsieur ou Madame : .....

est employé(e) dans mon entreprise depuis le .....

et certifie l'exactitude des renseignements ci-après :

- L'employeur participe-t-il aux frais de voyage de son employé(e) :  
Monsieur ou Madame

.....

Pour se rendre dans un D.O.M. ?     OUI     NON

(cocher la case correspondante)

**Si OUI :**

Date de la dernière prise en charge des frais de voyage : .....

- Le conjoint a-t-il été pris en charge au cours des 3 dernières années ?

OUI     NON    (cocher la case correspondante)

- Les enfants ont-ils été pris en charge au cours des trois 3 dernières années ?

OUI     NON    (cocher la case correspondante)

- Date de la prochaine prise en charge des frais de voyage : .....

Fait à ....., le.....

**Signature et qualité du signataire (cachet obligatoire)**