

FRAIS DE DEPLACEMENT EN SERVICE PARTAGE OU SUPPLEANCE

SERVICE PARTAGÉ → **ETB SECONDAIRE COLLEGE** - (Préciser l'année scolaire concernée)

RECTORAT
CELLULE DT
4 rue Georges Enesco
94010 CRETEIL cedex

DAF2B : 01.57.02.61.98

NUMEN ou N° SS : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Date de naissance : /_/_/_/_/_/_/_/

NOM :

Prénom : Grade :

Résidence administrative :

..... Tel : /_/_/_/_/_/_/_/_/

Résidence personnelle :

..... Tel : /_/_/_/_/_/_/_/_/

Courriel :

LIEU D'EXERCICE

Etablissement principal :

Etablissement secondaire : **COLLEGE**.....

Attention, tout imprimé non daté et non signé par le chef de l'établissement secondaire ne pourra être traité.

Pièces à fournir

- **Pour l'ouverture des droits** : documents n° 1, 2 et 3
 - **Chaque mois** : document n°1
1. Imprimé de frais de déplacement rempli et signé par le chef d'établissement secondaire
 2. Copie(s) de(s) arrêté(s) d'affectation(s) à l'année
 3. Emploi du temps dans chaque établissement visé obligatoirement par le chef d'établissement

JOURS DE PRESENCE DANS L'ETABLISSEMENT SECONDAIRE

(Tout autre déplacement doit être justifié (attestation signée par le chef d'établissement) : conseil de classe, réunion)

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Mercredi |
| <input type="checkbox"/> Jeudi | <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> Samedi |

Mois /_/_/_/_/_/_/

ETABLISSEMENT SECONDAIRE

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI	SAMEDI
Repas *	Repas *	Repas *	Repas *	Repas *	Repas *	Repas *
1ere semaine	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/
2eme semaine	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/
3eme semaine	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/
4eme semaine	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/
5eme semaine	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> /_/_/_/_/_/

* cocher les cases correspondant aux repas, ils sont remboursés si déplacement sur la totalité de la période comprise entre 11h et 14h

SIGNATURE DE L'INTÉRESSÉ(E)

CACHET et SIGNATURE DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT SECONDAIRE

Le chef d'Etablissement certifie le service fait pour les jours déclarés, déduction faite des absences (stages, maladie etc.....).

Vu et certifié à, le

Certifié exact à, le