

RECTORAT  
CELLULE DT  
4 rue Georges Enesco  
94010 CRETEIL cedex

DAF2B – Tél : 01.57.02.61.98

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

NOM : .....

Prénom : ..... Grade : .....

Résidence personnelle : .....

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

Courriel : .....

Etablissement de rattachement administratif (RAD) : .....

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

**LIEU D'EXERCICE**

Etablissement 1 : .....

Etablissement 2 : .....

Etablissement 3 : .....

Mois /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
	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)**

Certifié exact à ....., le .....

**CACHET et SIGNATURE DES CHEFS D'ÉTABLISSEMENT**

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

Vu et certifié à ....., le .....

..... (Préciser l'année scolaire concernée)

**Attention, tout imprimé non daté et non signé par les chefs d'établissement 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
  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 LES ETABLISSEMENTS D'AFFECTION**

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

Lundi  
 Jeudi

Mardi  
 Vendredi

Mercredi  
 Samedi