RECTORAT
CELLULE DT
4 rue Georges Enesco
94010 CRETEIL cedex

DAF2B – Tél : 01.57.02.63.75

FRAIS DE DEPLACEMENT TZR LYCEE

…… (Préciser l'année scolaire concernée)

<u>Attention</u>, tout imprimé non daté et non signé par les chefs d'établissement ne pourra être traité.

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

NOM : ....

Prénom : ……Grade : ……..……..

Résidence personnelle : ……..……...
……..…..……. Tel : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
Courriel :……

Etablissement de rattachement administratif (RAD) : ……
……..…..……. Tel : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Pièces à fournir

- **<u>Pour l'ouverture des droits</u> : documents n° 1, 2 et 3**
- **<u>Chaque mois</u> : document n°1**

1. <u>Imprimé de frais de déplacement</u> rempli et signé par le chef d'établissement
2. <u>Copie(s) de(s) arrêté(s)</u> d'affectation(s) à l'année
3. <u>Emploi du temps</u> dans chaque établissement visé obligatoirement par le chef d'établissement

LIEU D'EXERCICE

Etablissement 1 : ……

Etablissement 2 : ……

Etablissement 3 : ……

JOURS DE PRESENCE DANS LES ETABLISSEMENTS D'AFFECTATION

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

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi
☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi

Mois __/__/__/__/__/__/__/

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
	Repas *	**Repas ***	**Repas ***	**Repas ***	**Repas ***	**Repas ***
1ere semaine	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/
2eme semaine	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/
3eme semaine	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/
4eme semaine	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/
5eme semaine	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/__/

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

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 ……