

**Demande de remboursement partiel des titres de transport
afférents au trajet « domicile-travail » hors Ile-de-France
(Décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)**

NOM : _____ Prénom : _____
N° Insee : _____
Affectation : _____
Grade : _____

Questionnaire à servir par l'agent

Période concernée : _____

NB : remplir un formulaire par période de remboursement (un par mois pour un abonnement mensuel / un par année pour un abonnement annuel, un par semaine pour un abonnement hebdomadaire)

Domicile habituel

N° et rue : _____
Commune : _____
Code postal : _____

Lieu de travail

N° et rue : _____
Commune : _____
Code postal : _____

Arrêt, station ou gare desservant :

Votre domicile : _____
Votre lieu de travail : _____

Moyens de transport utilisés :

	Nature et identité du transporteur	Coût de l'abonnement
1.		
2.		
3.		
4.		

Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur *

Cocher la case correspondante

carte ou abonnement **annuel** ou à renouvellement tacite à nombre de voyages **illimités**

carte ou abonnement **mensuel** à nombre de voyages **illimités**

carte ou abonnement **mensuel** ou à renouvellement tacite à nombre de voyages **limités**

carte ou abonnement **hebdomadaire**

Coût TOTAL des abonnements : _____ € *(prix public du transporteur)*

Je déclare que :

- mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par l'administration ;
- je ne suis pas logé par l'administration à proximité immédiate de mon lieu de travail ;
- je ne bénéficie à aucun titre de la prise en charge des frais de transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail ou d'indemnités représentatives de frais pour les déplacements domicile-travail.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés.

Fait à _____, le _____
Signature de l'agent :

Questionnaire à servir par les services académiques (RECTORAT / DSDEN)

Montant de la prise en charge partielle à verser à l'agent : _____
..... , €

Signature et cachet :