

Foix, le 16 septembre 2019



## Demande de remboursement de frais de déplacement

**Motif du déplacement :**

Pour tout renseignement concernant le remboursement des frais de déplacement :  
[ia09dag@ac-toulouse.fr](mailto:ia09dag@ac-toulouse.fr)

**Lieu de la mission :**

**REMBOURSEMENT :** en fonction de la situation de l'intéressé(e)

**PARTIE CI-DESSOUS A REMPLIR UNIQUEMENT SI DES DROITS A REMBOURSEMENT SONT OUVERTS  
ET A ENVOYER A L'ADRESSE CI-DESSOUS ACCOMPAGNEE D'UN RIB  
TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ**

Direction départementale des services de l'éducation nationale de l'Ariège  
Service DAG  
7 rue du Lieutenant Paul Delpech  
BP 40077  
09008 Foix Cedex

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEPLACEMENT – Décret n°2006-781 du 3 juillet 2006						
Les rubriques ci-dessous doivent être impérativement complétées pour mise en paiement						
date	heure	type de transport	type de trajet	lieux	Frais divers de transport (1)	Repas (2)
départ __/__/__	résidence __h__mn	bon de transport transporté <input type="checkbox"/> véhicule administ. <input type="checkbox"/> véhicule personnel <input type="checkbox"/> snct 2° classe <input type="checkbox"/> avion <input type="checkbox"/>	Aller simple <input type="checkbox"/> Aller/retour <input type="checkbox"/>  (facultatif nbr de kms : ..... )	<i>commune résidence</i> .....  <i>Commune mission</i> .....	montant total : ..... , ..... €	<i>du midi</i> gratuit <input type="checkbox"/> restaurant <input type="checkbox"/> restaurant administratif <input type="checkbox"/>  <i>du soir</i> gratuit <input type="checkbox"/> restaurant <input type="checkbox"/>
départ __/__/__	résidence __h__mn	Bon de transport <input type="checkbox"/> Transporté <input type="checkbox"/> Véhicule administ. <input type="checkbox"/> Véhicule personnel <input type="checkbox"/> Snct n°2 classe <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/>	Aller simple <input type="checkbox"/> Aller/retour <input type="checkbox"/>  (facultatif nbr de kms : .....)	<i>commune résidence</i> .....  <i>commune mission</i> .....	montant total : ..... , ..... €	<i>du midi</i> gratuit <input type="checkbox"/> restaurant <input type="checkbox"/> restaurant administratif <input type="checkbox"/>  <i>du soir</i> gratuit <input type="checkbox"/> restaurant <input type="checkbox"/>

1) Joindre les justificatifs **ORIGINAUX**, (2) taux forfaitaire au 01.11.2006 repas plein tarif : 15,25 € repas ½ tarif : 7,63 €

Prénom, Nom :  
Adresse personnelle :  
Date et lieu de naissance :  
Numéro de sécurité sociale :

Date et signature du stagiaire :