

DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL DES TITRES DE TRANSPORTS AFFÉRENTS AUX TRAJETS « DOMICILE-TRAVAIL »

(décret n°2010-676 du 21 juin 2010)

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

DEMANDEUR

NOM : Prénom : Grade : AESH

N° de Sécurité sociale :

Domicile habituel : n° et rue :

code postal : Commune :

L'employeur :

→ Lycée mutualisateur : Eiffel à Armentières Claudel à Fourmies Branly à Boulogne-sur-Mer
ou DSDEN du Pas-de-Calais

Quotité travaillée : > ou = à 50 % < à 50 %

L'affectation :
(nom et ville de la résidence administrative du PIAL)

Lieu de travail : (NB : en présence de plusieurs lieux de travail, remplir autant de formulaires que de lieux susceptibles d'ouvrir droit à remboursement partiel) :

→ établissement :

→ n° et rue :

→ code postal : Commune :

TRAJET

Arrêt, station, ou gare desservant : → votre domicile :

→ votre lieu de travail :

Moyens de transport utilisés : 1°)
(nature et identité du transporteur)

2°)

3°)

4°)

Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur :

cocher la case correspondante, en présence de plusieurs abonnements, remplir un formulaire pour chaque abonnement.

- carte ou abonnement annuel ou à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limités
- carte ou abonnement mensuel ou à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limités
- carte ou abonnement hebdomadaire ou à renouvellement tacite à nombre de voyage illimités ou limités
- abonnement à un service public de location de vélos

Coût de l'abonnement :€ (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 bénéficie pas d'un logement de fonction 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 de ma situation administrative ou personnelle susceptible d'avoir une incidence sur le principe ou le montant de la prise en charge.

Fait à, le signature de l'AESH

 **Aucun remboursement pour les billets journaliers aller et retour domicile-travail**

Demande à transmettre, **accompagné des justificatifs**, à :

DSDEN du Pas-de-Calais
SAGERE
20, boulevard de la liberté
62 000 ARRAS

PARTIE EMPLOYEUR

Coût de l'abonnement :€ (prix public du transporteur)

Modalité de la prise en charge partielle :

- si versement direct à l'agent → montant : €
- si versement au transporteur → montant : €
- si formule mixte → montants respectifs : €
..... € } Total : €

Date, signature et cachet de l'employeur :