

**Demande de remboursement partiel des titres de transport afférents
aux trajets « domicile-travail »
(décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)**

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

Nom : _____ Grade : _____
Prénom : _____
Numéro de Sécurité sociale : _____ Affectation : _____

1. Questionnaire à servir par l'agent

Domicile	Lieu de travail *
Numéro et rue :	Numéro et rue :
Code postal :	Code postal :
Commune :	Commune :

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

Arrêt, station ou gare desservant :

Votre domicile :

Votre lieu de travail :

Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

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

Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur

cocher la case correspondante

(NB : 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 voyages illimités ou limités
- abonnement à un service public de locations de vélos

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

Coût de l'offre la plus économique proposée par le transporteur pour cet abonnement :€
je déclare que :

- 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 ne bénéficie pas d'un logement de fonction ne me faisant supporter aucun frais de transport pour me rendre à mon lieu de travail.
- je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonction.
- je ne bénéficie pas d'un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail.
- je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur
- je ne bénéficie pas des dispositions du décret n°83-588 du 1^{er} juillet 1983 et ne suis pas atteint d'un handicap dont l'importance empêche l'utilisation des transports en commun.

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'agent

2. Questionnaire à servir par la DSDEN

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

Modalité de la prise en charge partielle :

- Montant versé directement à l'agent €

- Mois de paie :

Signature et cachet de l'employeur :