|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ministère : EDUCATION NATIONALE** | | *Nature de l’abonnement souscrit auprès du transporteur* |
| **Demande de prise en charge partielle des titres d’abonnement correspondant aux déplacements effectués entre la résidence habituelle et le lieu de travail**  **Décret 2008-1210 du 20 novembre 2008 - Décret 2010-676 du 21 juin 2010 modifié - Décret n° 2023-812 du 21 août 2023 modifiant le taux de prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement** | | Carte ou abonnement annuel (1) :  Carte ou abonnement mensuel (1) :  Carte ou abonnement hebdomadaire (1) :  Carte ou abonnement à renouvellement tacite - préciser la durée initiale renouvelable :  Abonnement à un service public de location de vélos (ne concerne pas le FMD) :  *(1) préciser le moyen de transport utilisé : SNCF, bus, autocar, métro…..* |
| Nom : | |
| Prénom : | | Date de début de l’abonnement : |
| Affectation : | | **Coût de l’abonnement souscrit : €** |
| Numéro de Sécurité sociale : | | **Coût de l’offre la plus économique proposée par le transporteur de cet abonnement : €** |
| Grade : | Discipline : | ⚠ **Aucun remboursement pour les billets à l'unité ou pour les billets « journaliers » aller et retour domicile-travail (non nominatifs)** |
| ***Domicile habituel*** | | Je déclare que : |
| Numéro et rue : | | * Je ne perçois pas d'indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail ; |
| Code postal : | | * 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 ; |
| Commune : | Bureau distributeur : | * Je ne bénéficie pas d’un véhicule de fonction ; |
| ***Lieu de travail*** | | * Je ne bénéficie pas d’un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail ; |
| Numéro et rue : | | * Je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur ; |
| Code postal : | | * Je ne bénéficie pas pour le même trajet d’une prise en charge au titre des frais de déplacement temporaires ; |
| Commune : | Bureau distributeur : | * Je ne bénéficie pas des dispositions du décret n°83-588 du 1er janvier 1983 et ne suis pas atteint d’un handicap dont l’importance empêche l’utilisation des transports en commun. |
| ***Arrêt, station ou gare desservant*** | |  |
| Votre domicile : | | 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. |
| Votre lieu de travail : | |
| ***Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)*** | |  |
|  | | Fait à **,       , le** |
|  | | Signature de l’agent : |
|  | |
|  | | Service gestionnaire  **Signature et cachet du service gestionnaire** : |
|  | |
|  | |  |

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