|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ministère : EDUCATION NATIONALE** | | | | | | *Nature de l’abonnement souscrit auprès du transporteur* ***(NB : en présence de plusieurs titres d’abonnements, remplir un formulaire pour chacun)*** |
| **206** |  |  | **ETAT NOMINATIF DE LIQUIDATION DE LA PRISE EN CHARGE PARTIELLE**  **DU PRIX DES TITRES D’ABONNEMENT POUR DEPLACEMENT**  **RESIDENCE – 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  Circulaire BCRF1102464C du 22 mars 2011 | | | |
| **0039** | | |
| Nom : | | | | | | Prénom : |
| Numéro de Sécurité sociale : | | | | | | |
| Etablissement d’affectation : | | | | | | N° établissement : |
| Grade : | | | | | Discipline : | ⚠ **Aucun remboursement pour les billets à l'unité ou pour les billets « journaliers » aller et retour domicile-travail (non nominatifs)** |
| ***Domicile habituel*** | | | | | | **Abonnement souscrit à compter du** : |
| Numéro et rue : | | | | | | **Coupon de trajet :**  pour la période du :  au : |
| Code postal : | | | | | |
| Commune : | | | | | Bureau distributeur : |
| ***Lieu de 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. |
| Numéro et rue : | | | | | |
| Code postal : | | | | | |
| Commune : | | | | Bureau distributeur : | |  |
| Numéro et rue : | | | | | | Fait à **,       , le** |
| ***Arrêt, station ou gare desservant*** | | | | | | Signature de l’agent : |
| Votre domicile : | | | | | |  |
| Votre lieu de travail : | | | | | |  |
|  | | | | | | **Veuillez agrafer, ci-dessous, le coupon correspondant :** |