



Numéro de sécurité sociale : | | | | | | | |

### Résidence habituelle

CP : | Commune:.....

## Lieux de Travail

Adresse : .....

Raison sociale du transporteur	Trajet Lieu de départ et lieu d'arrivée	Coût mensuel de l'abonnement <sup>(1)</sup>	Code abonnement <sup>(2)</sup>
TOTAL			

**Signature du supérieur hiérarchique**

Modalité de la prise en charge partielle :

• Date de fin du versement: |\_\_|\_|\_|\_|\_|

Signature et cachet de l'employeur

(1) Y compris coût mensuel des abonnements hebdomadaires (exemple : 20 € mensuels pour deux abonnements hebdomadaires de 10 €)

(2) Voir codification ci-après

Signature et cachet de l'employeur



**Demande de remboursement partiel des titres de transport  
afférent au trajet "domicile-travail"**

**Année scolaire 2019-2020** (décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)  
**Service interdépartemental de gestion des enseignants des écoles  
publiques (SIDEEP)**

15 bis rue du Petit Thouars – 49047 Angers cedex 1

A retourner au SIDEEP

☐ 44 ☐ 49 ☐ 53 ☐ 72 ☐ 85

Nom : ..... Prénom : .....

Titulaire ☐ Non titulaire ☐ Stagiaire ☐

Corps/grade : ..... Quotité de service : .....

Affectation principale : .....

Numéro de sécurité sociale : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**Questionnaire à remplir par l'agent**

**Résidence habituelle**

Adresse : .....

CP : | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune:.....

**Lieux de Travail**

1. Établissement : .....

Adresse : .....

2. Établissement : .....

Adresse : .....

CP : | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune:.....

3. Établissement : .....

Adresse : .....

CP : | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune:.....

Raison sociale du transporteur	Trajet Lieu de départ et lieu d'arrivée	Coût mensuel de l'abonnement <sup>(1)</sup>	Code abonnement <sup>(2)</sup>
TOTAL			

(1) Y compris coût mensuel des abonnements hebdomadaires (exemple : 20 € mensuels pour deux abonnements hebdomadaires de 10 €)

(2) Voir codification ci-après

Code abonnement à renseigner dans le tableau : nature de l'abonnement souscrit auprès du (ou des) transporteur(s)

**Code 1** Carte ou abonnement annuel ou à renouvellement tacite avec **paiement par prélèvement automatique mensuel** (Libertan, LILA, abonnement de travail TER tels que Pratik, Pratik +, etc.).

**Code 2** Carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire ou à renouvellement tacite **avec paiement par prélèvement automatique mensuel** (Métrocéane etc.).

**Code 3** Carte ou abonnement **sans paiement par prélèvement automatique** (abonnement SNCF tel que Fréquence, etc.).

**Pièces à joindre obligatoirement à la demande : copie de la carte d'abonnement et document comportant la date de souscription, le coût et la durée de l'abonnement.**

**Je déclare que :**

- mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par l'administration ;
- je ne suis pas logé par l'administration 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 au service gestionnaire liquidateur de la paye toute modification ou toute interruption d'abonnement au cours de l'année scolaire, notamment au 1<sup>er</sup> juillet ou au 1<sup>er</sup> août 2020.

**Vu et vérifié par le supérieur hiérarchique**

Fait à .....,

Fait à .....,

le .....

le .....

**Signature de l'agent**

**Signature du supérieur hiérarchique**

**Cadre réservé au service gestionnaire au SIDEEP**

**Modalité de la prise en charge partielle :**

• Versement mensuel à l'agent (sur bulletin de paye), montant : \_\_\_\_\_ €

• Date d'effet du versement : | \_ | \_ | \_ | \_ |

• Date de fin du versement : | \_ | \_ | \_ | \_ |

Nantes, le ..... Signature et cachet de l'employeur



**Demande de remboursement partiel des titres de transport  
afférent au trajet "domicile-travail"**

**Année scolaire 2019-2020**  
(décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)

**DIPATE - Division des Personnels Administratifs, Techniques et d'Encadrement**

Nom : ..... Prénom : .....

☐ Titulaire ☐ Non titulaire ☐ Apprenti administratif ☐ Étudiant apprenti professeur

Corps/grade : ..... Quotité de service : .....

Affectation principale : .....

Numéro de sécurité sociale : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**Questionnaire à remplir par l'agent**

**Résidence habituelle**

Adresse : .....

CP : | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune:.....

**Lieux de Travail**

1. Établissement : .....

Adresse : .....

CP : | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune:.....

2. Établissement : .....

Adresse : .....

CP : | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune:.....

3. Établissement : .....

Adresse : .....

CP : | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune:.....

Raison sociale du transporteur	Trajet Lieu de départ et lieu d'arrivée	Coût mensuel de l'abonnement <sup>(1)</sup>	Code abonnement <sup>(2)</sup>
TOTAL			

(1) Y compris coût mensuel des abonnements hebdomadaires (exemple : 20 € mensuels pour deux abonnements hebdomadaires de 10 €)

(2) Voir codification ci-après

Code abonnement à renseigner dans le tableau : nature de l'abonnement souscrit auprès du (ou des) transporteur(s)

**Code 1** Carte ou abonnement annuel ou à renouvellement tacite avec **paiement par prélèvement automatique mensuel** (Libertan, LILA, abonnement de travail TER tels que Pratik, Pratik +, etc.).

**Code 2** Carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire ou à renouvellement tacite **avec paiement par prélèvement automatique mensuel** (Métrocéane etc.).

**Code 3** Carte ou abonnement **sans paiement par prélèvement automatique** (abonnement SNCF tel que Fréquence, etc.).

**Pièces à joindre obligatoirement à la demande : copie de la carte d'abonnement et document comportant la date de souscription, le coût et la durée de l'abonnement.**

**Je déclare que :**

- mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par l'administration ;
- je ne suis pas logé par l'administration 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 au service gestionnaire liquidateur de la paye toute modification ou toute interruption d'abonnement au cours de l'année scolaire, notamment au 1<sup>er</sup> juillet ou au 1<sup>er</sup> août 2020.

**Vu et vérifié par le supérieur hiérarchique**

Fait à .....,

Fait à .....,

le .....

le.....

**Signature de l'agent**

**Signature du supérieur hiérarchique**

**Cadre réservé au service gestionnaire du Rectorat**

**Modalité de la prise en charge partielle :**

- Versement mensuel à l'agent (sur bulletin de paye), montant : \_\_\_\_\_ €
- Date d'effet du versement : | \_ | \_ | \_ | \_ |
- Date de fin du versement : | \_ | \_ | \_ | \_ |

Nantes, le .....Signature et cachet de l'employeur



# **Demande de remboursement partiel des titres de transport afférent au trajet "domicile-travail"**

Année scolaire 2019-2020  
(décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)

DIPE - Division des Personnels Enseignants

Nom : ..... Prénom : .....

Titulaire ☐ Non titulaire ☐ Stagiaire ☐

Corps/grade : ..... Quotité de service : .....

Discipline : .....

Affectation principale : .....

Numéro de sécurité sociale : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

## **Questionnaire à remplir par l'agent**

### **Résidence habituelle**

Adresse : .....

CP : | \_ \_ \_ \_ | Commune:.....

### **Lieux de Travail**

1. Établissement : .....

Adresse : .....

CP : | \_ \_ \_ \_ | Commune:.....

2. Établissement : .....

Adresse : .....

CP : | \_ \_ \_ \_ | Commune:.....

3. Établissement : .....

Adresse : .....

CP : | \_ \_ \_ \_ | Commune:.....

Raison sociale du transporteur	Trajet Lieu de départ et lieu d'arrivée	Coût mensuel de l'abonnement <sup>(1)</sup>	Code abonnement <sup>(2)</sup>
TOTAL			

(1) Y compris coût mensuel des abonnements hebdomadaires (exemple : 20 € mensuels pour deux abonnements hebdomadaires de 10€)

(2) Voir codification ci-après

Code abonnement à renseigner dans le tableau : nature de l'abonnement souscrit auprès du (ou des) transporteur(s)

**Code 1** Carte ou abonnement annuel ou à renouvellement tacite avec **paiement par prélèvement automatique mensuel** (Libertan, LILA, abonnement de travail TER tels que Pratik, Pratik +, etc.).

**Code 2** Carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire ou à renouvellement tacite **avec paiement par prélèvement automatique mensuel** (Métrocéane etc.).

**Code 3** Carte ou abonnement **sans paiement par prélèvement automatique** (abonnement SNCF tel que Fréquence, etc.).

**Pièces à joindre obligatoirement à la demande : copie de la carte d'abonnement et document comportant la date de souscription, le coût et la durée de l'abonnement.**

**Je déclare que :**

- mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par l'administration ;
- je ne suis pas logé par l'administration 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 au service gestionnaire liquidateur de la paye toute modification ou toute interruption d'abonnement au cours de l'année scolaire, notamment au 1<sup>er</sup> juillet ou au 1<sup>er</sup> août 2020.

*Vu et vérifié par le supérieur hiérarchique*

Fait à .....,

le .....

**Signature de l'agent**

Fait à .....,

le .....

**Signature du supérieur hiérarchique**

## **Cadre réservé au service gestionnaire du Rectorat**

**Modalité de la prise en charge partielle :**

- Versement mensuel à l'agent (sur bulletin de paye), montant : \_\_\_\_\_ €
- Date d'effet du versement : | \_ | \_ | \_ | \_ |
- Date de fin du versement : | \_ | \_ | \_ | \_ |

Nantes, le .....Signature et cachet de l'employeur



**Demande de remboursement partiel des titres de transport afférent au trajet "domicile-travail"**

**Année scolaire 2019-2020**

(décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)

**Lycée Douanier Rousseau –**

**Service paie des assistants d'éducation (AED) et des accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH)**

60 rue Mac Donald - BP 23851 - 53030 Laval cedex 9

Nom : ..... Prénom : .....

Corps/grade : ..... Quotité de service : .....

Affectation principale : .....

Numéro de sécurité sociale : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**Questionnaire à remplir par l'agent**

**Résidence habituelle**

Adresse : .....

CP : | \_ \_ \_ \_ | Commune:.....

**Lieux de Travail**

1. Établissement : .....

Adresse : .....

2. Établissement : .....

Adresse : .....

CP : | \_ \_ \_ \_ | Commune:.....

3. Établissement : .....

Adresse : .....

CP : | \_ \_ \_ \_ | Commune:.....

Raison sociale du transporteur	Trajet Lieu de départ et lieu d'arrivée	Coût mensuel de l'abonnement <sup>(1)</sup>	Code abonnement <sup>(2)</sup>
TOTAL			

(1) Y compris coût mensuel des abonnements hebdomadaires (exemple : 20 € mensuels pour deux abonnements hebdomadaires de 10€)

(2) Voir codification ci-après

Code abonnement à renseigner dans le tableau : nature de l'abonnement souscrit auprès du (ou des) transporteur(s)

**Code 1** Carte ou abonnement annuel ou à renouvellement tacite avec **paiement par prélèvement automatique mensuel** (Libertan, LILA, abonnement de travail TER tels que Pratik, Pratik +, etc.).

**Code 2** Carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire ou à renouvellement tacite **avec paiement par prélèvement automatique mensuel** (Métrocéane etc.).

**Code 3** Carte ou abonnement **sans paiement par prélèvement automatique** (abonnement SNCF tel que Fréquence, etc.).

**Pièces à joindre obligatoirement à la demande : copie de la carte d'abonnement et document comportant la date de souscription, le coût et la durée de l'abonnement.**

**Je déclare que :**

- mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par l'administration ;
- je ne suis pas logé par l'administration 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 au service gestionnaire liquidateur de la paye toute modification ou toute interruption d'abonnement au cours de l'année scolaire, notamment au 1<sup>er</sup> juillet ou au 1<sup>er</sup> août 2020.

*Vu et vérifié par le supérieur hiérarchique*

Fait à .....,

Fait à .....,

le .....

le .....

**Signature de l'agent**

**Signature du supérieur hiérarchique**

**Cadre réservé au service gestionnaire au SMPA2E**

**Modalité de la prise en charge partielle :**

- Versement mensuel à l'agent (sur bulletin de paye), montant : | \_ \_ | €
- Date d'effet du versement : | \_ | \_ | \_ | \_ |
- Date de fin du versement : | \_ | \_ | \_ | \_ |

Laval, le .....Signature et cachet de l'employeur