

Nom : Prénom :

Titulaire Non titulaire Stagiaire Contractuel alternant

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:.....

	Nature de l'abonnement souscrit	Raison sociale du transporteur	Coût de l'abonnement :	Pièce à joindre
<input type="checkbox"/> abonnement à un/des service(s) public(s) de transports collectifs	<input type="checkbox"/> carte ou abonnement annuel à nombre de voyages illimités			<input type="checkbox"/> copie du titre d'abonnement annuel
	<input type="checkbox"/> carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire à nombre de voyages limités illimités			<input type="checkbox"/> copie du titre d'abonnement mensuel ou hebdomadaire
<input type="checkbox"/> abonnement à un/des service(s) public(s) de location de vélo	<input type="checkbox"/> carte ou abonnement annuel			<input type="checkbox"/> copie du titre d'abonnement annuel
	<input type="checkbox"/> carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire			<input type="checkbox"/> copie du titre d'abonnement mensuel ou hebdomadaire

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.
- J'ai pris connaissance de toutes les conditions d'attribution et des modalités de contrôle du droit au remboursement partiel des titres de transport 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^{er} juillet ou au 1^{er} août 2025.

Fait à

le

Signature de l'agent

Cadre réservé au service gestionnaire de la DIPE

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, leSignature et cachet de l'employeur