ACADÉMIE DE NANTES
Liberté Égalité Fraternité

Demande de remboursement partiel des titres de transport afférent au trajet "domicile-travail"
Année scolaire 2024-2025 *(décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)*

SAE - Service de l'Accompagnement Éducatif Gestion administrative et financière des AESH / AENSH et AED

8 rue du Général Margueritte – BP 72616
44326 Nantes cedex 3

Nom : ..... Prénom : .....

CDI ☐ CDD ☐

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

Affectation principale : .....

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

A retourner au SAE ☐ 44 ☐ 49 ☐ 53 ☐ 72 ☐ 85

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
☐ abonnement à un/des service(s) public(s) de transports collectifs	☐ carte ou abonnement annuel à nombre de voyages illimités			☐ copie du titre d'abonnement annuel
	☐ carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire à nombre de voyages limités illimités			☐ copie du titre d'abonnement mensuel ou hebdomadaire
☐ abonnement à un/des service(s) public(s) de location de vélo	☐ carte ou abonnement annuel			☐ copie du titre d'abonnement annuel
	☐ carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire			☐ 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 1er juillet ou au 1er août 2025.

Fait à .....,

le .....

Signature de l'agent

Cadre réservé au service gestionnaire du SAE

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