ACADÉMIE DE NANTES
Liberté Égalité Fraternité

Demande de remboursement partiel des titres de transport afférent au trajet "domicile-travail"
Année scolaire 2023-2024 *(décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)*

DIPE - DIVISION DES PERSONNELS ENSEIGNANTS

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:.....

Raison sociale du transporteur	Trajet Lieu de départ et lieu d'arrivée	Coût mensuel de l'abonnement(1)	Code abonnement(2)
	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** (Naolib, Aléop, abonnement de travail TER tels que TUTTI, TUTTI illimitée 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 1er juillet ou au 1er août 2024.

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