ACADÉMIE
DE NANTES

Liberté
Égalité
Fraternité

Demande de remboursement partiel des titres de transport afférent au trajet « domicile – lieu de travail » hors Ile-de-France

Année scolaire 2025-2026

(décret n°2010-676 du 21/06/2010 et circulaire fonction publique du 22/03/2011)

Nom : ..... Prénom : .....
Corps/Grade : ..... Quotité de service : .....
Affectation principale : .....
Numéro de sécurité sociale : |_|_ _||_ _||_ _|_ _ _|_ _ _|_ _|
Service de Gestion ☐ DIPE ☐ DEP ☐ DIPATE ☐ SIDEEP ☐ SAGEPP ☐ SAE
Discipline (le cas échéant) : .....

Questionnaire à remplir par l'agent

Résidence habituelle
Numéro et rue : .....
Code postal : ..... Commune : .....

Lieu de travail
1. Etablissement : .....
Code postal : ..... Commune : .....

2.Etablissement : .....
Code postal : ..... Commune : .....

3.Etablissement : .....
Code postal : ..... Commune : .....

Nature de l'abonnement souscrit :

☐ Abonnement à un/des service(s) public(s) de transports collectifs
- ☐ carte ou abonnement annuel à nombre de voyages illimités
- ☐ carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire à nombre de voyages illimités

☐ Abonnement à un/des service(s) de location de vélo
- ☐ carte ou abonnement annuel
- ☐ carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire

Raison sociale du transporteur : .....Coût de l'abonnement : .....€

Pièce à joindre obligatoirement : copie du titre d'abonnement

Je déclare sur l'honneur 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 qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les mes moyens de transports utilisés.

Fait à ..... Le .....
Signature de l'agent

Cadre réservé au service gestionnaire

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 : |_ _|_ _|_ _|_ _|