|  |  |
| --- | --- |
| **Ministère : EDUCATION NATIONALE** | *Nature de l’abonnement souscrit auprès du transporteur* |
| **Demande de prise en charge partielle des titres d’abonnement correspondant aux déplacements effectués entre la résidence habituelle et le lieu de travail****Décret 2008-1210 du 20 novembre 2008 - Décret 2010-676 du 21 juin 2010 modifié - Décret n° 2023-812 du 21 août 2023 modifiant le taux de prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement** | [ ]  Carte ou abonnement annuel (1) : [ ]  Carte ou abonnement mensuel (1) : [ ]  Carte ou abonnement hebdomadaire (1) : [ ]  Carte ou abonnement à renouvellement tacite - préciser la durée initiale renouvelable : [ ]  Abonnement à un service public de location de vélos (ne concerne pas le FMD) : *(1) préciser le moyen de transport utilisé : SNCF, bus, autocar, métro…..* |
| Nom :  |
| Prénom :  | Date de début de l’abonnement :    |
| Affectation :  | **Coût de l’abonnement souscrit : €** |
| Numéro de Sécurité sociale :  | **Coût de l’offre la plus économique proposée par le transporteur de cet abonnement : €** |
| Grade :  | Discipline :  | ⚠ **Aucun remboursement pour les billets à l'unité ou pour les billets « journaliers » aller et retour domicile-travail (non nominatifs)** |
| ***Domicile habituel*** | Je déclare que : |
| Numéro et rue :  | * Je ne perçois pas d'indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail ;
 |
| Code postal :   | * Je ne bénéficie pas d’un logement de fonction ne me faisant supporter aucun frais de transport pour me rendre à mon lieu de travail ;
 |
| Commune :  | Bureau distributeur :   | * Je ne bénéficie pas d’un véhicule de fonction ;
 |
| ***Lieu de travail*** | * Je ne bénéficie pas d’un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail ;
 |
| Numéro et rue :  | * Je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur ;
 |
| Code postal :  | * Je ne bénéficie pas pour le même trajet d’une prise en charge au titre des frais de déplacement temporaires ;
 |
| Commune :  | Bureau distributeur :  | * Je ne bénéficie pas des dispositions du décret n°83-588 du 1er janvier 1983 et ne suis pas atteint d’un handicap dont l’importance empêche l’utilisation des transports en commun.
 |
| ***Arrêt, station ou gare desservant*** |  |
| Votre domicile :  | Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m’engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés. |
| Votre lieu de travail :  |
| ***Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)*** |  |
| 1.
 | Fait à **,       , le**   |
| 1.
 | Signature de l’agent :  |
| 1.
 |
| 1.
 | Service gestionnaire**Signature et cachet du service gestionnaire** : |
|  |
|  |  |

**NB : en présence de plusieurs lieux de travail, remplir autant de formulaires que de lieux de travail susceptibles d’ouvrir droit à remboursement partiel**