

**Demande de remboursement partiel des titres de transport  
afférents au trajet « domicile-travail » hors Ile-de-France  
(Décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
N° Insee : \_\_\_\_\_  
Affectation : \_\_\_\_\_  
Grade : \_\_\_\_\_

---

**Questionnaire à servir par l'agent**

**Période concernée :** \_\_\_\_\_

**NB : remplir un formulaire par période de remboursement (un par mois pour un abonnement mensuel / un par année pour un abonnement annuel, un par semaine pour un abonnement hebdomadaire)**

**Domicile habituel**

N° et rue : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_

**Lieu de travail**

N° et rue : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_

**Arrêt, station ou gare desservant :**

Votre domicile : \_\_\_\_\_  
Votre lieu de travail : \_\_\_\_\_

**Moyens de transport utilisés :**

	Nature et identité du transporteur	Coût de l'abonnement
1.		
2.		
3.		
4.		

**Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur \***

*Cocher la case correspondante*

carte ou abonnement **annuel** ou à renouvellement tacite à nombre de voyages **illimités**

carte ou abonnement **mensuel** à nombre de voyages **illimités**

carte ou abonnement **mensuel** ou à renouvellement tacite à nombre de voyages **limités**

carte ou abonnement **hebdomadaire**

**Coût TOTAL des abonnements :** \_\_\_\_\_ € (*prix public du transporteur*)

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 toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature de l'agent :

---

**Questionnaire à servir par les services académiques (RECTORAT / DSDEN)**

Montant de la prise en charge partielle à verser à l'agent : \_\_\_\_\_  
..... , ..... €

**Signature et cachet :**