

**Demande de remboursement partiel des titres de transport afférents au trajet
"domicile - lieu de travail" hors Ile-de-France
(décret n°2010-676 du 21/06/2010 et circulaire fonction publique du 22/03/2011)**

Ministère ou service :
Nom : Prénom :
Grade : Numéro de sécurité sociale :
Affectation :

Questionnaire à servir par l'agent

Domicile habituel

Numéro et rue :
Code postal : Commune :

Lieu de travail

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

Numéro et rue :
Code postal : Commune :

Arrêt, station ou gare desservant :

Votre domicile :
Votre lieu de travail :

Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)

1 .
2 .
3 .
4 .

Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur :

NB : en présence de plusieurs abonnements, remplir un formulaire pour chaque abonnement

**→→ et joindre obligatoirement - la copie lisible de la carte d'abonnement
- et les titres originaux de transport**

- abonnement multimodal à nombre illimité de voyages
- carte ou abonnement annuel à nombre illimité ou limité de voyages, à compter du
- carte ou abonnement mensuel à nombre illimité ou limité de voyages, mois de :
- carte ou abonnement hebdomadaire à nombre illimité ou limité de voyages (1)
- abonnement à un service public de location de vélos à compter du
- carte ou abonnement à renouvellement tacite durée initiale :

Coût de l'abonnement : _ _ _ , _ _ € (*prix public du transporteur*)

Je déclare sur l'honneur que :

- je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur ou que je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonctions , ni d'un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail
- je ne bénéficie pas pour le même trajet de frais de déplacement temporaire
- je ne perçois pas d'indemnité représentative de frais pour les déplacements domicile - lieu de travail
- je ne suis pas logé par mon employeur à proximité immédiate de mon lieu de 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/...../.....

Visa du supérieur hiérarchique :
(tampon de l'établissement, signature du chef d'établissement)

signature de l'agent :

(1) à transmettre à la fin de chaque mois

Partie réservée à l'administration

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <u>abonnement annuel</u> | <input type="checkbox"/> <u>abonnement mensuel</u> | <input type="checkbox"/> <u>abonnement hebdomadaire</u> |
| montant mensuel
remboursé _ _ _ , _ _ _ € | montant mensuel
remboursé _ _ _ , _ _ _ € | montant mensuel
remboursé _ _ _ , _ _ _ € |
| rappel au titre des
mois précédents : | rappel au titre des
mois précédents : | rappel au titre des
mois précédents : |