

DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL DES FRAIS DE TRANSPORT DOMICILE – TRAVAIL

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

Document à retourner au gestionnaire du traitement principal

☐ 1^{ère} demande ☐ Renouvellement

INFORMATIONS AGENT

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

QUESTIONNAIRE A SERVIR PAR L'AGENT

Domicile habituel : N° et rue :
 Code postal : Ville :

Lieu de travail

NB : si plusieurs lieux de travail, renseigner autant de formulaires que de lieux de travail susceptibles d'ouvrir droit à remboursement partiel

N° et rue :
 Code postal : Ville :

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 ([joindre la copie lisible de la carte d'abonnement et les titres originaux](#)) :

- ☐ Abonnement multimodal à nombre illimité de voyages ☐ Abonnement à un service public de location de vélos
☐ Carte ou abonnement annuel à nombre illimité ou limité de voyages
☐ Carte ou abonnement mensuel à nombre illimité ou limité de voyages
☐ Carte ou abonnement hebdomadaire à nombre illimité ou limité de voyages
☐ Carte ou abonnement à renouvellement tacite => durée initiale :

Coût de l'abonnement (prix public du transporteur) :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare 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

Signature de l'agent :

Cadre réservé à l'administration

- | | |
|---|---|
| ☐ Abonnement hebdomadaire : | |
| - Montant mensuel remboursé : € | - Rappel au titre des mois précédents : € |
| ☐ Abonnement mensuel : | |
| - Montant mensuel remboursé : € | - Rappel au titre des mois précédents : € |
| ☐ Abonnement annuel : | |
| - Montant mensuel remboursé : € | - Rappel au titre des mois précédents : € |