

**Demande de remboursement partiel des titres de transport afférents  
aux trajets « domicile-travail »  
(décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)**

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

Nom : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Affiliation : \_\_\_\_\_

1. Questionnaire à servir par l'agent

Domicile habituel :  
Numéro de rue : \_\_\_\_\_

Commune :  
Code postal : \_\_\_\_\_

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 :

Commune :	
Code postal :	

Arrêt, station ou gare desservant :

Votre domicile :

Votre lieu de travail :

Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Quotité travaillée :

- > ou = à 50 %       < à 50 %

*Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur  
cocher la case correspondante  
(NB : en présence de plusieurs abonnements, remplir un formulaire pour chaque abonnement)*

- carte ou abonnement annuel ou à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limités
- carte ou abonnement mensuel ou à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limités
- carte ou abonnement hebdomadaire ou à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limités
- abonnement à un service public de locations de vélos

Coût de l'abonnement : ..... € (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 bénéficie pas d'un logement de fonction 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 de ma situation administrative ou personnelle susceptible d'avoir une incidence sur le principe ou le montant de la prise en charge.

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

2. Questionnaire à servir par l'employeur

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

Modalité de la prise en charge partielle

- si versement direct à l'agent, ..... €  
montant
- si versement au transporteur, ..... €  
montant
- si formule mixte, montants respectifs ..... €

Total : ..... €  
(transporteur)

Signature et cachet de l'employeur :