


Année Scolaire 2014-2015	abonnement mensuel	 <p style="text-align: center;">ACADEMIE DE LYON Direction des services départementaux de l'Éducation nationale Division des Personnels Enseignants du 1^{er} degré Bureau de l'enseignement privé</p>
-----------------------------	-----------------------	--

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'ABONNEMENT MENSUEL
(décret n°10-676 du 21 juin 2010)

ETAT A ADRESSER AU SERVICE GESTIONNAIRE DU TRAITEMENT

- NOM :
- PRENOM :
- GRADE :
- DISCIPLINE (pour les personnels enseignants) :
- ADRESSE DU DOMICILE :
-
- ADRESSE DU LIEU DE TRAVAIL :
-

Mois	Moyens de transports (ex : bus du Conseil Général de la Loire, TCL, velo'v, ...)	Coût mensuel de l'abonnement (prix public transporteur)

OBLIGATOIRE : Le remboursement implique un justificatif.

- Pour les abonnements TER Rhône Alpes :
 - N° de l'abonnement :
 - ou** fournir une photocopie du titre d'abonnement.
 - et dans tous les cas** : copie du coupon mensuel
- Dans les autres cas :
Copies de tous justificatifs d'abonnement et de coupons mensuels délivrés par le 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
- je ne bénéficie d'aucun véhicule de fonction.

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 transports utilisés.

Signature et cachet de l'employeur
(bureau gestionnaire du traitement)

Fait àle,.....

Signature de l'agent