



**ACADÉMIE  
DE LYON**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Formulaire d'indemnisation des frais de déplacement  
Accompagnant des élèves en situation de handicap**

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>Date de naissance</b>
<b>Adresse</b>		
<b>Code Postal</b>	<b>Ville</b>	
<b>NUMEN</b>		
<b>Téléphone</b>		
<b>Mail</b>	<b>@ac-lyon.fr</b>	
<b>PIAL d'affectation</b>		
<b>Employeur</b>		
<b>Nom Etablissement principal d'exercice</b>		
Commune	Code postal	
<b>Nom Etablissement secondaire d'exercice</b>		
Commune	Code postal	

**Période de déplacement – Mois de .....**

	<b>Commune de déplacement</b>	<b>Date</b>	<b>Date</b>	<b>Date</b>	<b>Date</b>	<b>Date</b>
<b>Lundi</b>						
<b>Mardi</b>						
<b>Mercredi</b>						
<b>Judi</b>						
<b>Vendredi</b>						

Cachet et signatures des directeurs d'école et/ou chefs d'établissement d'exercice

(tout dossier incomplet sera retourné)

Je soussigné(e), auteur du présent état, en certifie l'exactitude et demande le règlement à mon profit du montant prévu par les textes réglementaires.

A.....,le..... Signature de l'intéressé(e)