

**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 ...../...../.....

**signature de l'agent :**

**Visa du supérieur hiérarchique :**

*(tampon de l'établissement, signature du chef d'établissement)*

*(1) à transmettre à la fin de chaque mois*

**Partie réservée à l'administration**

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