|  |
| --- |
| NOM : …………………………………………… Prénom : ……………………………….Affectation : ……………………………………………………………………………………….Fonctions :  BIATSS  EnseignantsNuméro de Sécurité sociale : ………………………………………………………………. |
| **Questionnaire à remplir par l’agent****Domicile habituel**Numéro et 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 à droit remboursementNuméro et rue : …………………………………………………………………………………Commune : …………………………………………………. Code Postal : ……………… |

\*cochez la ou les cases correspondant à votre cas

|  |
| --- |
| **Moyens de transport utilisés par le biais d’un abonnement (\*)**  STAS  SNCF  STAS+TER  TCL+TER+STAS  BUS  VELIB’**Nature de l’abonnement (\*)**  Annuel  Mensuel  Hebdomadaire  Trimestriel  Semestriel**Joindre l’original ou la copie du titre d’abonnement**Coût de l’abonnement : ………………€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 représentatives de frais pour les déplacements domicile-travailJe 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 utilisésFait à ……………………, le …………………… Signature de l’agent :**Signature et cachet de l’employeur** :  |