|  |
| --- |
| NOM : …………………………………………… Prénom : ……………………………….  Affectation : ……………………………………………………………………………………….  Fonctions :  BIATSS  Enseignants  Numéro 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 remboursement  Numéro 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-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 transports utilisés  Fait à ……………………, le …………………… Signature de l’agent :  **Signature et cachet de l’employeur** : |