

..... (Préciser l'année scolaire concernée)

**Attention, tout imprimé non daté et non signé par les chefs d'établissement ne pourra être traité.**

**RECTORAT**

CELLULE DT  
 4 rue Georges Enesco  
 94010 CRETEIL cedex  
 Affaire suivie par :  
 DAF 2B – Tél : 01.57.02.63.75

NUMEN ou N° SS : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Date de naissance : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

NOM : .....

Prénom : ..... Grade : .....

Résidence personnelle : .....

..... Tel : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

..... Courriel : .....

Etablissement de rattachement administratif (RAD) : .....

..... Tel : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

**LIEU D'EXERCICE**

Etablissement 1 : .....

Etablissement 2 : .....

Etablissement 3 : .....

Mois /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

	LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI		SAMEDI	
	Repas *	/_/_/_/_/_/_/_/	Repas *	/_/_/_/_/_/_/_/	Repas *	/_/_/_/_/_/_/_/	Repas *	/_/_/_/_/_/_/_/	Repas *	/_/_/_/_/_/_/_/	Repas *	/_/_/_/_/_/_/_/
1ere semaine	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/
2eme semaine	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/
3eme semaine	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/
4eme semaine	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/
5eme semaine	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/

\* cocher les cases correspondant aux repas, ils sont remboursés si déplacement sur la totalité de la période comprise entre 11h et 14h

**SIGNATURE DE L'INTÉRESSÉ(E)**

Certifié exact à ....., le .....

**Pièces à fournir**

- **Pour l'ouverture des droits : documents n° 1, 2, 3, 4 et 5**
- **Chaque mois : documents n°1 et 5 (si abonnement mensuel)**
- 1. Imprimé de frais de déplacement rempli et signé par le chef d'établissement secondaire
- 2. Copie(s) de(s) arrêté(s) d'affectation(s) à l'année
- 3. Emploi du temps dans chaque établissement visé obligatoirement par le chef d'établissement
- 4. Attestation sur l'honneur précisant le moyen de transport utilisé
- 5. Copie du justificatif du passe Navigo si abonnement

**JOURS DE PRESENCE DANS LES ETABLISSEMENTS D'AFFECTION**

(Tout autre déplacement doit être justifié (attestation signée par le chef d'établissement) : conseil de classe, réunion)

- |                                |                                   |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Mardi    | <input type="checkbox"/> Mercredi |
| <input type="checkbox"/> Jeudi | <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> Samedi   |

**CACHET et SIGNATURE DES CHEFS D'ÉTABLISSEMENT**

Le chef d'Etablissement certifie le service fait pour les jours déclarés, déduction faite des absences (stages, maladie etc.....).

Vu et certifié à ....., le .....