

**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 :

Affectation :

Numéro de Sécurité sociale :

Grade :

**Questionnaire à servir par l'agent**

**Domicile habituel**

Numéro et rue :

Commune :

Code postal : Bureau distributeur :

**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 :

Commune :

Code postal : Bureau distributeur :

**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 la copie de la carte d'abonnement et les titres de transport**

- abonnement multimodal à nombre illimité de voyages
- carte ou abonnement annuel à nombre illimité ou limité de voyages
- carte ou abonnement mensuel à nombre illimité ou limité de voyages
- carte ou abonnement hebdomadaire à nombre illimité ou limité de voyages
- abonnement à un service public de location de vélos
- carte ou abonnement 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.

signature de l'agent :

Fait à .....le ...../...../.....

**Visa du supérieur hiérarchique :** (tampon de l'établissement, signature du chef d'établissement)

**partie réservée à l'administration**

**× abonnement mensuel :**

➤ montant mensuel remboursé \_ \_ \_ . \_ \_ \_ €

rappel au titre des mois précédents : .....

**× abonnement hebdomadaire**

➤ montant mensuel remboursé \_ \_ \_ . \_ \_ \_ €

rappel au titre des mois précédents : .....

**× abonnement annuel :**

➤ montant mensuel remboursé \_ \_ . \_ \_ \_ €

rappel au titre des mois précédents :