

FRAIS DE DEPLACEMENT

au vu de la convocation, choisir le service concerné :

D.A.F.

EXAMENS
CONCOURS

FORMATION

Décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 - Circulaire n° 2006-175 du 9 novembre 2006 modifiée

N° de l'OM

CADRE 1

Numen*

M M^{me}

Nom et prénom

Nom de jeune fille :

Début du Numéro de sécurité sociale (10 pos.)

Grade :

Emploi :

Adresse électronique (si différente adresse pro) :

@

Résidence administrative

(nom & adresse de l'établissement)

RNE 0

Code postal

Commune

* Les personnes qui ne sont pas payées par le Rectorat de l'académie de Clermont-Ferrand doivent joindre un RIB

CADRE 2

RESIDENCE
PERSONNELLE

Numéro et nom de la rue, boulevard, avenue

Résidence, lieu dit ou commune si différente du bureau distributeur

Code postal

Frais de transport :

Je ne bénéficie d'aucune réduction

J'ai une carte d'abonnement

% SUR LES TARIFS SNCF

CADRE 3	Date / Heure	Date / Heure	Transport	Trajets	Distance	Autres	Repas remboursables	Nb	PJ
Objet de la mission = 0 Lieu de départ : D Destination = A	Départ	Retour	Rayer les mentions inutiles		Aller en km	justificatifs		de nuits	
						Montant			
O : D : RAD ou FAM A :			AUTO SNCF	1 S 2 A - R		Euros Cts	PT* DT*		
O : D : RAD ou FAM A :			AUTO SNCF	1 S 2 A - R		Euros Cts	PT* DT*		
O : D : RAD ou FAM A :			AUTO SNCF	1 S 2 A - R		Euros Cts	PT* DT*		
O : D : RAD ou FAM A :			AUTO SNCF	1 S 2 A - R		Euros Cts	PT* DT*		
O : D : RAD ou FAM A :			AUTO SNCF	1 S 2 A - R		Euros Cts	PT* DT*		

* PT : Plein tarif - DT : Demi tarif : pour les déjeuners pris dans les restaurants dits administratifs (ex. : les cantines scolaires)

CADRE 4

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE(S) JUSTIFICATIF(S) DE VOS DEPENSES, SAUF POUR LES REPAS DT

Je certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus, à

le

Signature de l'intéressé(e).

Visa du supérieur hiérarchique :

à

le