

Année Scolaire 20 -20	IR 0039  Abonnement hebdomadaire	ACADEMIE DE LYON Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Ain Service Ecole Inclusive – Bureau des AESH
--------------------------	---	---

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'ABONNEMENT HEBDOMADAIRE**  
(Décret n°10-676 du 21 juin 2010)

ETAT A ADRESSER AU SERVICE GESTIONNAIRE DU TRAITEMENT

- NOM : .....
- PRENOM : .....
- GRADE : .....
- DISCIPLINE (pour les personnels enseignants) : .....
- ADRESSE DU DOMICILE : .....
- .....
- ADRESSE DU LIEU DE TRAVAIL : .....
- .....

Semaine du....au....	Moyens de transports (ex : bus du Conseil départemental de l'Ain, TCL, velo'v, ...)	Coût hebdomadaire de l'abonnement (prix public transporteur)

**OBLIGATOIRE** : Le remboursement implique un justificatif.

- Pour les abonnements TER Rhône Alpes :
  - N° de l'abonnement : .....
  - ou** fournir une photocopie du titre d'abonnement.
  - et dans tous les cas** : copie du coupon hebdomadaire
- Dans les autres cas :  
Copies de tous justificatifs d'abonnement et de coupons hebdomadaires délivrés par le transporteur.

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
- je ne bénéficie d'aucun véhicule de fonction.

*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 :

**Modalité de la prise en charge partielle :**

Versement direct à l'agent, montant : .....€

Signature et cachet de l'employeur  
(bureau gestionnaire du traitement)