ACADÉMIE DE CRÉTEIL
Liberté
Égalité
Fraternité

ANNEXE 6 - FRAIS DE DEPLACEMENT EN SERVICE PARTAGE OU SUPPLEANCE

SERVICE PARTAGÉ → ETB SECONDAIRE LYCÉE - …… (Préciser l'année scolaire concernée)

RECTORAT
CELLULE DT
4 rue Georges Enesco
94010 CRETEIL cedex

DAF2B : 01.57.02.63.75

Attention, tout imprimé non daté et non signé par le chef de l'établissement secondaire ne pourra être traité.

NUMEN ou N° SS : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/

NOM : .....

Prénom : ……Grade : ……..……..

Résidence administrative : …….…
…….…...……. Tel : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Résidence personnelle : ……..……...
…….…...……. Tel : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Courriel :…….

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

LIEU D'EXERCICE

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

Etablissement principal : ……...

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi
☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi

Etablissement secondaire : **LYC**……

Etablissement secondaire : **LYC**……

Mois ___/___/___/___/___/___/

ETABLISSEMENT SECONDAIRE

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
	Repas *	**Repas ***	**Repas ***	**Repas ***	**Repas ***	**Repas ***
1ere semaine	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/
2eme semaine	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/
3eme semaine	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/
4eme semaine	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/
5eme semaine	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/	☐ /__/__/__/__/__/__/

**** 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……

CACHET et SIGNATURE DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT SECONDAIRE

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

Vu et certifié à ……, le …….