

FRAIS DE STAGE – DIVISION DE LA FORMATION

Discipline / Domaine : **Code Dispositif :** **Code Module :**

(cf. Ordre de mission)

Réservé à l'administration

Date de saisie : ____/____/____

Montant : _____, _____ €

Charges à payer à rattacher à l'exercice : _____

1- L'intéressé(e)

M Mme

Nom marital	Nom patronymique	Prénom	Date de naissance ____/____/____	Commune et pays de naissance	Nationalité																				
Adresse personnelle				Code postal	Commune																				
Établissement d'affectation		<input type="checkbox"/> Fonctionnaire	Grade : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____	NUMEN <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
		<input type="checkbox"/> Agent non titulaire	Ville de l'établissement d'affectation																						

2- Véhicule personnel

Marque	Numéro minéralogique <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					Puissance <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> CV																					N° de la police d'assurance	Nom de la compagnie d'assurance <small>(cf. art. 10 du décret 2006-781 du 3 juillet 2006)</small>

Destination Ville établissement	Date départ jj/mm/aa	Date retour jj/mm/aa	Heure départ HH : mm	Heure retour HH : mm	Transport						Trajet		Distance Aller	Montant des justificatifs	Repas à la charge de l'intéressé(e)	Séjour
					Véhicule personnel	Véhicule de service	Covoituré	SNCF	SNCF déjà acheté (DAF- Rectorat)	Autre (bus...)	Simple	Aller / retour				
	___/___/___	___/___/___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Km	____,____€	Oui Non					
	___/___/___	___/___/___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Km	____,____€	Oui Non					
	___/___/___	___/___/___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Km	____,____€	Oui Non					

⚠ Important :

- Joindre impérativement au présent état ; l'**original de l'ordre de mission** ainsi que les **originaux des titres de transport**, et si remboursement des frais d'hébergement, l'**original de la facture d'hôtel**.
- Si AED ou hors Education Nationale, joindre le **numéro de sécurité sociale** ainsi qu'un **RIB** (+ copie du **livret de famille** si compte joint, pour les **femmes mariées**).
- Pour un traitement dans les meilleurs délais, merci de renvoyer le présent état à la DiFor, **sous 8 jours**.
- Ce formulaire se limite à **trois sessions, pour la même formation** : adresser d'autres formulaires si nécessaire.

VERIFIE ET RECONNU EXACT, le responsable de la formation (Nom, prénom)

Signature :

Certifié exact, à _____, le ____/____/____

Signature de l'intéressé(e) :