|  |  |
| --- | --- |
| **Ministère : EDUCATION NATIONALE** | *Nature de l’abonnement souscrit auprès du transporteur****(NB : en présence de plusieurs titres d’abonnements, remplir un formulaire pour chacun)*** |
| **206** |  |  | **ETAT NOMINATIF DE LIQUIDATION DE LA PRISE EN CHARGE PARTIELLE****DU PRIX DES TITRES D’ABONNEMENT POUR DEPLACEMENT****RESIDENCE – LIEU DE TRAVAIL**Décret 2008-1210 du 20 novembre 2008 - Décret 2010-676 du 21 juin 2010 modifié – Décret n° 2023-812 du 21 août 2023 modifiant le taux de prise en charge partielleCirculaire BCRF1102464C du 22 mars 2011 |
| **0039** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Numéro de Sécurité sociale :  |
| Etablissement d’affectation :  | N° établissement :  |
| Grade :  | Discipline :  | ⚠ **Aucun remboursement pour les billets à l'unité ou pour les billets « journaliers » aller et retour domicile-travail (non nominatifs)** |
| ***Domicile habituel*** | **Abonnement souscrit à compter du** :  |
| Numéro et rue :        | **Coupon de trajet :**       pour la période du :   au :   |
| Code postal :         |
| Commune :  | Bureau distributeur :         |
| ***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. |
| Numéro et rue :  |
| Code postal :        |
| Commune :  | Bureau distributeur :         |  |
| Numéro et rue :  | Fait à **,       , le**  |
| ***Arrêt, station ou gare desservant*** | Signature de l’agent :  |
| Votre domicile :        |  |
| Votre lieu de travail :        |  |
|  | **Veuillez agrafer, ci-dessous, le coupon correspondant :** |