Formation continue du 1er degré Reçu le :

académie Aix-Marseille
direction des services départementaux de l'éducation nationale Hautes-Alpes

FRAIS DE DÉPLACEMENT DE FORMATION

joindre **la convocation originale et** *au 1er paiement*
ou *en cas de changement de compte* **1 RIB**

Code dispositif: |_|_|D|0|0|5|__|__|__|__| Code Module: |__|__|__|__|

CADRE 1

☐ Mme ☐ M. Prénom :

NOM d'usage : NOM de famille:

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__| N° INSEE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Clé: |__|__|

Agent éducation nationale uniquement : NUMEN : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse personnelle :

Ville : Code postal : |__|__|__|__|__|

☐ **Fonctionnaire** Administration : **Éducation nationale** Grade :

☐ **Agent non titulaire de l'État** **a -** Enseignement public : ☐ MA ☐ Contractuel ☐ Vacataire
b - Enseignement privé : ☐ Sous contrat ☐ Hors contrat
c - Autre (*ex : contractuel administratif*) :

Etablissement d'exercice (nom et adresse) :

Ville : Code postal : |__|__|__|__|__|

☐ **Participant extérieur** / Profession : ☐ **Retraité** (toutes catégories)

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT : COMPTE À CRÉDITER

|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
Code banque *Code guichet* *N° de compte* *Clé*

CADRE 2

Véhicule de service ☐ OUI / ☐ NON	Titre de transport délivré par l'administration ☐ OUI / ☐ NON	Agent transporté par une autre personne en covoiturage ☐ OUI / ☐ NON	Puissance fiscale du véhicule (si autorisé) : CV

Lieux de départ et de destination	ALLER	RETOUR	Mode de transport utilisé	Nombre de repas			Nombre de nuitée		NE PAS RENSEIGNER CE CADRE		
	Date et heure de départ	Date et heure d'arrivée		Privé	Administratif	Gratuit	Payante	Gratuite	Distance	Justificatif	Séjour
	Jour Mois An Heure Minute	Jour Mois An Heure Minute									
	Jour Mois An Heure Minute	Jour Mois An Heure Minute									
	Jour Mois An Heure Minute	Jour Mois An Heure Minute									
	Jour Mois An Heure Minute	Jour Mois An Heure Minute									
	Jour Mois An Heure Minute	Jour Mois An Heure Minute									

CADRE 3

INDISPENSABLE

Je soussigné.e certifie sur l'honneur exacts les renseignements fournis par le présent état	**Cachet et visa de l'autorité administrative ou du responsable du stage :**
Date :	**Date :**
Signature de l'intéressé.e :	

Formulaire de collecte de données personnelles

"Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au remboursement de frais de déplacements. Les destinataires des données sont les gestionnaires de la division des personnels. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la **direction des services départementaux de l'éducation nationale des Hautes-Alpes - BP 90- 12 avenue Maréchal Foch - 05010 GAP cedex.** Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant."