

**Demande de prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail (décret n°2010-676 du 21 juin 2010)**

Nom : ..... Prénom : .....

♦ AED

Employeur :

**1. CADRE A REMPLIR PAR L'AGENT**

**Adresse personnelle complète**

.....  
.....  
.....

**Lieu de travail**

Adresse complète : .....  
.....  
.....

**JOINDRE UN JUSTIFICATIF OBLIGATOIREMENT (FACTURE, TICKETS...)**

**Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur**

- Abonnement multimodal à nombre de voyages illimité
- Carte ou abonnement annuel ou abonnement à renouvellement tacite à nombre de voyages illimité ou limité
- Carte ou abonnement mensuel ou abonnement à renouvellement tacite à nombre de voyages illimité ou limité
- Carte ou abonnement hebdomadaire ou abonnement à renouvellement tacite à nombre de voyages illimité ou limité
- Abonnement à un service public de locations de vélos

Coût de l'abonnement : ..... € (prix public du transporteur)

Pour le mois de : .....

Je déclare que :

- ♦ 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 représentatives de frais pour les déplacements domicile-travail.
- ♦ Je ne bénéficie pas d'un logement de fonction ne me faisant supporter aucun frais de transport pour me rendre à mon lieu de travail.
- ♦ Je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonction.
- ♦ Je ne bénéficie pas d'un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail.
- ♦ Je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur
- ♦ Je ne bénéficie pas des dispositions du décret n°83-588 du 1<sup>er</sup> juillet 1983 et ne suis pas atteint d'un handicap dont l'importance empêche l'utilisation des transports en commun.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement toute modification de ma situation administrative ou personnelle susceptible d'avoir une incidence ou le montant de la prise en charge.

Fait à ..... le .....  
signature de l'agent

---

**2. CADRE RESERVE A L'EMPLOYEUR**

Coût de l'abonnement : ..... € (prix public du transporteur)

Modalité de la prise en charge partielle (montant total max : 96.36€)

- ♦ Si versement direct à l'agent \_\_\_\_\_ €
- ♦ Si versement au transporteur \_\_\_\_\_ €
- Total : \_\_\_\_\_ €**
- ♦ Si formule mixte, montants respectifs \_\_\_\_\_ €  
\_\_\_\_\_ €

**Signature de l'employeur,**

**Cachet de l'employeur**