# Renseignements administratifs

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM DE FAMILLE (de naissance) en majuscules | | | ….….….….….….….….….….….….….….….….…….……….….…. | | | | | NOM D’USAGE en majuscules | | ….….….….….….….….….….….….….….….….…….……….….…. | |
| PRÉNOMS (dans l’ordre de l’état civil) | | | ….….….….….….….….….….….….….….….….…….……….….…. | | | | | | | | |
| Numéro de Sécurité sociale (NIR) | | | | ­**|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|** | | | | | | | |
| Codes ADM-DPT | ……………………………………… | | | | | Fonction ou discipline  (si enseignant du 2nd degré) | | | | | ………………………………………………………………………………………… |
| Grade | ………………………………….......  …………………………………....... | | | | |
| Adresse personnelle | | ….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….…..….….….….….….….………...….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….…..….…. | | | | | | | | | |
| Code postal | | **|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|** | | VILLE | ….….….….….….….….….….….….….….….….…….……….….…. | | | | | | |
| Téléphone | | |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_| | | | | | Adresse mail | | ….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….…..….….….….….….…. | | |

# Votre situation administrative

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titulaire |  | | Non titulaire | | | | | |  | | Stagiaire | |  | | | | |
| Départ ou arrivée durant l’année | | non  arrivée  départ | | | | | | | | Date d'arrivée ou de départ au cours de l'année | | | | | \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ | | |
| Quotité de temps de travail hebdomadaire | | * À temps plein durant l’année \_ \_ \_ \_ du \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ * À temps partiel au taux horaire de  50 %  60 %  70 %  80 %  90 % d'un temps plein du \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Télétravailleur | du \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ pour un nombre de \_\_ jours par semaine | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Affectation principale  (obligatoire) école, établissement, service | | | | …………………………………………………………………………………………... | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | …………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Code postal | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| | | | VILLE | | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | | | | | |
| Exercez-vous une activité auprès d'un autre employeur public ? | | | | | | | | | | | | OUI |  | | | NON |  |
| Si oui, nom de l’employeur public | | | | | …………………………………………………………………………………………... | | | | | | | | | | | | |
| Adresse : | …………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Code postal | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| | | | VILLE | | | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | | | | |
| Nombre d’heures travaillées auprès de cet employeur | | | \_ \_ \_ HEURES | | | | | Nombre de jours déclarés au titre du forfait auprès de cet employeur | | | | | | \_ \_ \_ JOURS | | | |

Pour les agents effectuant du co-voiturage (conducteur ou passager), le présent formulaire doit obligatoirement être accompagné d’un justificatif : relevé de facture (passager) ou de paiement (conducteur) d’une plateforme de covoiturage ou attestation sur l’honneur du covoitureur (covoiturage hors plateforme) via cet outil : <https://attestation.covoiturage.beta.gouv.fr/salarie-secteur-public> ou attestation du registre de preuve de covoiturage.

*Règlement général sur la protection des données (RGPD) : Les informations recueillies dans la présente demande font l’objet d’un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et les services de la DRFiP. Vous disposez, conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, d’un droit d’accès, de rectification et d’effacement des données vous concernant en adressant un courrier à votre service gestionnaire. Vous disposez également d’une droit d’opposition, de limitation du traitement et d’un droit à la portabilité de vos données.*

**J’atteste sur l’honneur utiliser à l’occasion de mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail, le ou les moyens de transport suivants pour le nombre de jours indiqué : *choisir votre option en fonction de votre situation***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ J’ai perçu l’indemnité de remboursement des frais de transport domicile-travail du 01/01 au 31/12/\_ \_ \_ \_  *(indiquer le nombre de jours de déplacements réalisés durant l’année au titre de laquelle la demande est produite)* | | | | | |
|  | SEPTEMBRE | OCTOBRE | NOVEMBRE | DECEMBRE | TOTAL |
| Vélo | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| Covoiturage | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| Autre engin personnel | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| Service de mobilité partagée | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| Autre transport public de personne | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| **Nombre total de jours de déplacements réalisés ouvrant droit au bénéfice du FMD** | | | | | **\_ \_ \_ JRS** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ Je n’ai pas perçu l’indemnité de remboursement des frais de transport domicile-travail du 01/01 au 31/12/\_ \_ \_ \_  *(indiquer le nombre de jours de déplacements réalisés durant l’année au titre de laquelle la demande est produite)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | JANV. | FEV. | MARS | AVR. | MAI | JUIN | JUIL. | AOUT | SEPT. | OCT. | NOV. | DÉC. | TOTAL | |
| Vélo | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | |
| Covoiturage | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | |
| Autre engin personnel | Ne rien renseigner :  Moyens de transport non ouverts pour le versement  du forfait du 1er janvier 2022 au 31 août 2022 | | | | | | | | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | |
| Service de mobilité partagée | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | |
| Autre transport public de personne | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | |
| **Nombre total de jours de déplacements réalisés ouvrant droit au bénéfice du FMD** | | | | | | | | | | | | | | **\_ \_ \_ JRS** |

**Je déclare ne pas me trouver dans les exclusions visées par le décret :**

|  |
| --- |
| Ne pas bénéficier de la prise en charge d’un abonnement à un service public de location de vélos au titre du décret du 21 juin 2010 pour les déplacements déclarés ci-dessus  Ne pas percevoir d’indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon(mes) lieu(x) de travail  Ne pas bénéficier d’un logement de fonction sur le lieu de travail ou d’un véhicule de fonction  Ne pas bénéficier d'un transport gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail (transport collectif gratuit ou transport gratuit par l'employeur)  Ne pas bénéficier pour les mêmes trajets d’une prise en charge au titre des frais de déplacements temporaires  Ne pas bénéficier des dispositions du [décret n°83-588 du 1er juillet 1983](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000861809/2020-10-16/) (personnels situé dans la zone de compétence de l’autorité organisatrice des transports parisiens dont le handicap empêche d’utiliser les transports en commun) |

Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et m’engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés.

Je m’engage à fournir tout justificatif réclamé par l’administration à tout moment de l’année. L’administration se réserve le droit de demander toutes informations complémentaires dont elle aurait besoin dans le cadre des contrôles effectués.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fait à | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | Le | \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |
| Signature **obligatoire** |  |  |  |