



## ATTESTATION

Cadre complété par la DIBAG 2 (lors de l'étude du dossier) lorsque le conjoint est employé de l'Education Nationale,  
(dans l'Académie de POITIERS)

Je soussigné, **RECTORAT DE POITIERS**

certifie que le remboursement des frais de changement de résidence de mon employé :

*NOM et Prénom du conjoint ou du partenaire pacsé ou du concubin :*

Mme ou M. \_\_\_\_\_

de ses enfants et/ou  des enfants de son concubin

*NOMS et Prénom des enfants :* \_\_\_\_\_

a été effectué<sup>(1)</sup> le : \_\_\_\_\_  sera effectué <sup>(1)</sup> sur les bases suivantes :

Ancienne résidence familiale : \_\_\_\_\_

Nouvelle résidence familiale : \_\_\_\_\_

Indiquer le Montant Détaillé  Transport des personnes : \_\_\_\_\_  
Transport du mobilier : \_\_\_\_\_

N'a été ni effectué, et ni sollicité <sup>(1)</sup> et  
qu'aucun droit ne peut être ouvert à ce titre.

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Cachet et signature

## ENFANTS

à charge au sens prévu **par la législation sur les prestations familiales**<sup>(2)</sup>, vivant habituellement sous le toit de l'agent

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation

## ASCENDANTS

à charge, vivant sous le toit de l'agent (*joindre le certificat de non imposition sur le revenu de l'ascendant*)

Nom	Prénom

**Transport des personnes** (de l'ancienne résidence à la nouvelle résidence administratives)

Voiture personnelle : puissance fiscale (joindre une copie de la carte grise) \_\_\_\_\_ **CV**  
ou

S.N.C.F. : montant de la réduction éventuelle (joindre les billets originaux) \_\_\_\_\_

**OBLIGATOIRE**  
**et IMPERATIF**

**Paiement** : joindre la fiche RIB (en annexe) remplie

<sup>(1)</sup> Cocher la ou les case(s) correspondante(s)

<sup>(2)</sup> Joindre toute pièce justifiant que l'enfant est à charge au sens des prestations familiales au 1<sup>er</sup>/09/2024 + copie du livret de famille + preuve que l'enfant vit habituellement sous le toit de l'agent demandeur

# CERTIFICAT ADMINISTRATIF

Titre III Article 23-2<sup>ème</sup> et titre V Article 49-V

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) : \_\_\_\_\_

Grade et emploi : \_\_\_\_\_

## Certifie sur l'honneur :

a) avoir effectivement changé de résidence familiale à la date du :

b) Si certains membres de la famille ont rejoint la nouvelle résidence familiale **avant l'agent**, veuillez préciser leur qualité et cette date :

Nom	Prénom	Qualité
-	_____	_____
-	_____	_____

**Attention** : une anticipation d'un délai au plus égal à 9 mois (soit après le 1<sup>er</sup> décembre 2023) n'est autorisée que pour des motifs de scolarité des enfants à charge

c) Si certains membres de la famille **n'ont pas encore rejoint** la nouvelle résidence familiale à la date du changement de résidence administrative, veuillez préciser ci-dessous leur qualité (conjoint, concubin, enfants, ascendants) :

Nom	Prénom	Qualité
-	_____	_____
-	_____	_____

**Attention** : pour être pris en compte, ces membres doivent avoir rejoint la résidence familiale dans un délai au plus égal à 9 mois à compter de la date d'installation administrative (**soit avant le 31 mai 2025**).

## Les paragraphes suivants sont à remplir OBLIGATOIREMENT

d) **Ancienne résidence familiale** <sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) **Nouvelle résidence familiale au 01/09/24** <sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) **Logement fourni par l'Administration** dans :

l'ancienne résidence familiale :  oui  non

NAS<sup>(3)</sup>:  oui  non

meublé :  oui  non

la nouvelle résidence familiale :  oui  non

NAS:  oui  non

meublé :  oui  non

g) **Demande le bénéfice de l'indemnité forfaitaire**  Pour moi-même  
 Pour mon conjoint  
 Pour mon ou mes enfants

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent état.

Vu le, \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**CACHET et SIGNATURE**  
du supérieur hiérarchique<sup>(2)</sup>

**SIGNATURE** de l'agent

**Dossier original à transmettre  
(ni scan, ni photocopie)**

<sup>(1)</sup> Adresse complète

<sup>(2)</sup> cf. « LISTE DES PIÈCES À JOINDRE » (paragraphe 6)

<sup>(3)</sup> **NAS** : Nécessité Absolue de Service

**E t a t d e s s o m m e s d u e s**

N ° FOURNISSEUR

N° INSEE :

M.  MME

**NOM - Prénom :** \_\_\_\_\_

**Situation de famille :** \_\_\_\_\_

**CUBAGE :** Agent : \_\_\_\_\_ **DISTANCE :** \_\_\_\_\_ **KM**  
 Conjoint : \_\_\_\_\_ (entre ancienne et nouvelle rés. administratives)  
 Enfants : \_\_\_\_\_  
 Ascendant : \_\_\_\_\_

V = \_\_\_\_\_ m<sup>3</sup>      D = \_\_\_\_\_ km      VD = \_\_\_\_\_

**FRAIS DE TRANSPORT DES PERSONNES :**

CV = \_\_\_\_\_ € x \_\_\_\_\_ km = \_\_\_\_\_

SNCF = \_\_\_\_\_ km      Classe \_\_\_\_\_ places = \_\_\_\_\_

**MONTANT DE L'INDEMNITE FORFAITAIRE :**

+ ( \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ ) = \_\_\_\_\_

Majoration éventuelle de 20 % (art. 18 paragraphe \_\_\_\_\_) + \_\_\_\_\_

Indemnité complémentaire (agents venant de Corse) + \_\_\_\_\_

**MONTANT TOTAL DES DROITS**

= \_\_\_\_\_

Réduction éventuelle de 20% (art. 19 paragraphe \_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

**MONTANT A REMBOURSER PAR VIREMENT BANCAIRE**

Arrêté le présent état à la somme de \_\_\_\_\_

**T | K** \_\_\_\_\_  
PARA

**T | P** \_\_\_\_\_  
PARA

**TOTAL** \_\_\_\_\_

A Poitiers, le