

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) <input type="text"/>			
Grade	Fonction ou discipline (si enseignant du 2 nd degré)
<p>Adresse personnelle</p> <p>Code postal <input type="text"/> VILLE <input type="text"/></p> <p>Téléphone <input type="text"/> Adresse mail <input type="text"/></p>			

Votre situation administrative

Titulaire	<input type="checkbox"/>	Non titulaire	<input type="checkbox"/>	Stagiaire	<input type="checkbox"/>
Départ ou arrivée durant l'année	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> arrivée <input type="checkbox"/> départ		Date d'arrivée ou de départ au cours de l'année <input type="text"/>		
Quotité de temps de travail hebdomadaire	<input type="checkbox"/> À temps plein durant l'année <input type="text"/> du <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> au <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> À temps partiel au taux horaire de <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 60 % <input type="checkbox"/> 70 % <input type="checkbox"/> 80 % <input type="checkbox"/> 90 % d'un temps plein du <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> au <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
Télétravailleur	<input type="checkbox"/> du <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> au <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> pour un nombre de <input type="text"/> jours par semaine				
Affectation principale (obligatoire) école, établissement, service					
Adresse					
Code postal <input type="text"/> VILLE <input type="text"/>					
Exercez-vous une activité auprès d'un autre employeur public ?					
			OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, nom de l'employeur public					
Adresse :					
Code postal <input type="text"/> VILLE <input type="text"/>					
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 <u>total</u> 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.	AOÛT	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	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
Service de mobilité partagée	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
Autre transport public de personne	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
Nombre <u>total</u> 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](#) (personnels situés 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