



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Yonne



D. S. D. E. N.
DIRECTION DES SERVICES
DÉPARTEMENTAUX DE
L'ÉDUCATION NATIONALE
de l' YONNE

FRAIS DE DÉPLACEMENTS
FORMATION CONTINUE

2015-2016

N° du dispositif : **1 5 D 0 8 9**

Mois :

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille :

Adresse personnelle :

.....
.....

Code postal : Ville :

Grade ou fonction :

Résidence administrative :

Adresse : Circonscription :

Code postal : Ville :

DÉPLACEMENTS

LIEU et ADRESSE DE MISSION		DATE et HEURES		Transport utilisé	Trajet	Repas	Nuit
Départ	Arrivée	Départ	Retour	Joindre les titres de transport			Joindre les justificatifs
		___/___/___ ___h___	___/___/___ ___h___	VP <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> Covoiturage <input type="checkbox"/>	A/R _____ km _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Payant <input type="checkbox"/> Gratuit <input type="checkbox"/>
		___/___/___ ___h___	___/___/___ ___h___	VP <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> Covoiturage <input type="checkbox"/>	A/R _____ km _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Payant <input type="checkbox"/> Gratuit <input type="checkbox"/>
		___/___/___ ___h___	___/___/___ ___h___	VP <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> Covoiturage <input type="checkbox"/>	A/R _____ km _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Payant <input type="checkbox"/> Gratuit <input type="checkbox"/>
		___/___/___ ___h___	___/___/___ ___h___	VP <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> Covoiturage <input type="checkbox"/>	A/R _____ km _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Payant <input type="checkbox"/> Gratuit <input type="checkbox"/>

Fait à
Date :

Signature de l'Intéressé(e)