

Discipline / Domaine : Code Dispositif : Code Module :
(cf. Ordre de mission)

Réservé à l'administration

Date de saisie : ___/___/___

Montant : _____, _____ €

Charges à payer à rattacher à l'exercice : _____

1- L'intéressé(e)

M Mme

<u>Nom marital</u>	<u>Nom patronymique</u>	<u>Prénom</u>	<u>Date de naissance</u> ___/___/___	<u>Commune et pays de naissance</u>	<u>Nationalité</u>
<u>Adresse personnelle</u>				<u>Code postal</u>	<u>Commune</u>
<u>Établissement d'affectation</u>	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agent non titulaire	<u>Grade</u> : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____	NUMEN	
	<u>Ville de l'établissement d'affectation</u>				

2- Véhicule personnel

<u>Marque</u>	<u>Numéro minéralogique</u> 	<u>Puissance</u> CV	<u>N° de la police d'assurance</u>	<u>Nom de la compagnie d'assurance</u> <small>(cf.art. 10 du décret 2006-781 du 3 juillet 2006)</small>
---------------	---------------------------------	---------------------------	------------------------------------	--

Destination Ville établissement	Date départ jj/mm/aa	Date retour jj/mm/aa	Heure départ HH : mm	Heure retour HH : mm	Transport						Trajet		Distance Aller	Montant des justificatifs	Repas à la charge de l'intéressé(e)	Séjour
					Véhicule personnel	Véhicule de service	Covoituré	SNCF	SNCF déjà acheté (DAF- Rectorat)	Autre (bus...)	Simple	Aller / retour				
	___/___/___	___/___/___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Km	____, ____ €	Oui Non	
	___/___/___	___/___/___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Km	____, ____ €	Oui Non	
	___/___/___	___/___/___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Km	____, ____ €	Oui Non	

⚠ Important : • Joindre impérativement au présent état ; l'**original de l'ordre de mission** ainsi que **les originaux des titres de transport**, et si remboursement des frais d'hébergement, l'**original de la facture d'hôtel**.
• Si AED ou hors Education Nationale, joindre le **numéro de sécurité sociale** ainsi qu'un **RIB** (+ copie du **livret de famille** si compte joint, pour les **femmes mariées**).
• Pour un traitement dans les meilleurs délais, merci de renvoyer le présent état à la DiFor, **sous 8 jours**.
• Ce formulaire se limite à **trois sessions, pour la même formation** : adresser d'autres formulaires si nécessaire.

VERIFIE ET RECONNU EXACT, le responsable de la formation (Nom, prénom)
Signature :

Certifié exact, à _____, le ___/___/___
Signature de l'intéressé(e) :