

**DEMANDE D'INDEMNISATION
DES FRAIS DE DEPLACEMENT**
 Dispositifs de formation continue
 Année scolaire 2023 – 2024

M.- Mme : Prénom :

Enseignant(e) à l'école de :

est convié(e) au dispositif de formation suivant (un imprimé par action de formation suivie) :

Nom exact du dispositif de formation	<input type="text"/>
Identifiant (cf PAF) :	23D070 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
N° du module (cf PAF) :	<input type="text"/>
Date :	<input type="text"/>
Lieu :	<input type="text"/>
Horaires :	<input type="text"/>

ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT (à remplir par l'intéressé(e))

NUMEN :

Lieu de départ et de destination	Distance aller	Date de la mission				Moyen de transport utilisé
		Départ		Retour		Transport en commun
		Jour	Heure	Jour	Heure	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Certifié exact

Fait à le

Signature de l'intéressé(e)